

Poniendo en jaque el acceso a la salud: mujeres que consumen drogas

Una propuesta para repensar las intervenciones del
Trabajo Social

Aguirre Valdez Florencia - Zapillón Indiana

Universidad Nacional de Rosario
2021



| **UNR** Universidad
Nacional de Rosario

Poniendo en jaque el acceso a la salud: mujeres que consumen drogas

Una propuesta para repensar las intervenciones del Trabajo Social

Trabajo Integrador Final
Facultad de Ciencia Política y RRH
Licenciatura en Trabajo Social

Estudiantes: Aguirre Valdez Florencia
Zapillón Indiana

Directora: Lic. Pilar Osella

Rosario, febrero 2021

Aguirre Valdez, F. y Zapillón, I. (2021). *Poniendo en jaque el acceso a la salud: mujeres que consumen drogas. Una propuesta para repensar las intervenciones del Trabajo Social*. (Trabajo Integrador Final). Universidad Nacional de Rosario, 2021.

Resumen

El presente trabajo analiza de qué manera acceden las mujeres de clases populares que atraviesan consumos problemáticos de sustancias a las instituciones de salud. El mismo se realizara a través de una metodología cualitativa y una perspectiva situada, tomando como ejes principales a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de salud integral, analizando al consumo desde la sociedad capitalista y teniendo a la perspectiva de género e interseccionalidad como transversales a la hora de pensar la problemática. De modo que, a partir de dichos ejes, poder pensar el rol del Trabajo Social hacia el interior de los efectores de salud y sus estrategias de intervención para lograr el acceso a un tratamiento de las mujeres consumidoras. A su vez, buscaremos generar una propuesta disciplinar que intente brindar una capacitación a los trabajadores de las instituciones de salud en la Ciudad de Rosario, para así potenciar intervenciones que promuevan el acceso de las mujeres al sistema de salud sin sesgos de género.

Palabras claves: Accesibilidad a la salud - Atención Primaria – Género - Consumos problemáticos de sustancias – Interseccionalidad

Agradecimientos

A nuestras familias, que siempre confiaron en que lo lograríamos.

A nuestros amigos, lxs que están siempre, por el empuje necesario.

A la militancia, por permitirnos poner a prueba la potencia de nuestros sueños.

A la universidad pública, laica y gratuita, y especialmente a quienes día a día luchan por defenderla

A los feminismos, por abrazarnos y salvarnos.

A las mujeres, lesbianas, travestis y trans que nos inspiraron y llevaron a repensar nuestra profesión.

A Pilar, por su acompañamiento desinteresado, justo y preciso.

Contenido

Agradecimientos	2
Contenido	3
Abreviaturas	4
Introducción	5
CAPÍTULO I: Pensando el campo de la salud en clave de accesibilidad	9
1.1 ¿Concepción o concepciones de Salud?	9
1.2 Aproximación a los paradigmas en salud	11
1.3 La estrategia de Atención Primaria de la Salud	19
1.4 La salud mental dentro de la Atención Primaria de la Salud	22
CAPÍTULO II	26
Hablemos de consumos de drogas: la situación de Argentina y Rosario.	26
2.1 “Compro, luego existo... como sujeto”	26
2.2 ¿Guerra contra las drogas? Del Prohibicionismo al Enfoque de Derechos	29
2.3 ¿Cuándo un consumo de sustancias se torna un problema?	36
2.3 Modelos de abordaje en Argentina en relación al consumo problemático	39
2.4 Dispositivos que abordan la problemática en la Ciudad de Rosario	42
CAPÍTULO III	49
Consumo de drogas: El género sí importa	49
3.1 Género como categoría de análisis: ¿de qué se trata?	49
3.2 Consumo problemático de sustancias: una mirada con lentes violetas	52
3.3 Desigualdades en el Sistema de Salud: la clase y el género	62
3.4 Usuaris bajo la lupa: repensando nuestras prácticas profesionales	68
Capítulo IV	72
Propuesta disciplinar	72
4.1 Marco teórico-jurídico	73
4.2 Objetivos	75
4.3 Modalidad y duración del dictado	75
4.4 Actores y escenario	76
4.5 Módulos	76
Reflexiones (no) finales	78
BIBLIOGRAFÍA	83

Abreviaturas

APS: Atención Primaria de la Salud

SEDRONAR: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico

CPS: Consumos problemáticos de sustancias

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAMCO: Servicio para la Atención Médica de la Comunidad

URSS: Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

EEUU: Estados Unidos

Conaton: Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos

Cenaresco: Centro Nacional De Reeducción Social

CSJN: Corte Suprema de Justicia de la Nación

Iacop: Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos

A.C: Asociación Civil

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura

Aprecod: Agencia de Prevención del Consumo de drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones

DIAT: Dispositivo Integral de Abordaje Territorial

CET: Centro Educativo Terapéutico

Cepla: Centro de Prevención Local de las Adicciones

ONG: Organización No Gubernamental

CEDAW: Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

Introducción

En el siguiente Trabajo Integrador Final (TIF) nos proponemos, desde la metodología cualitativa y una perspectiva situada en nuestra experiencia de las prácticas profesionales, analizar de qué manera acceden las mujeres de clases populares a las instituciones de salud en lo que respecta a la cuestión de consumos problemáticos de sustancias. Para abordar el tema retomaremos los conceptos de: Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de salud integral, el consumo problemático de sustancias intentando problematizar la idea de consumo en una sociedad capitalista en conjunto con los avances y retrocesos en materia legislativa en nuestro país como también los dispositivos de atención, y por último el género y la clase como categorías transversales de análisis y troncales a la hora de pensar las desigualdades en el acceso. Nos proponemos realizar un recorrido que nos permitirá pensar la problemática haciendo foco en estudios feministas, para aproximarnos al rol de la profesión hacia el interior de los efectores de salud y sus estrategias de intervención para lograr el acceso de las mujeres consumidoras al sistema de salud, intentando pensar abordajes que contemplen la categoría de género en los diseños de estrategias de intervención.

Antecedentes

En primer lugar, es necesario plantear que nuestros interrogantes surgen a partir de la experiencia de prácticas y de un acercamiento a situaciones de consumo en mujeres, en las cuales pudimos detectar que las estrategias de acceso a las instituciones que llevan a cabo los equipos de salud para con el abordaje de consumos problemáticos de sustancias se encuentran sesgadas por diferencias de género. Si bien nuestro recorrido de prácticas fue en Atención Primaria de la Salud, transitamos diferentes instituciones ubicadas geográficamente en distintos barrios de la ciudad. Aun así, pudimos reconocer grandes similitudes en cuanto a los territorios y a las intervenciones ligadas a la problemática de las que fuimos parte como estudiantes, y que las fuimos reconociendo a lo largo de nuestro proceso formativo en los espacios áulicos de retrabajo de las Prácticas Profesionales. En este marco, tomando interrogantes e insumos de nuestras Prácticas Profesionales durante la formación, nos pareció un proceso enriquecedor trabajar conjuntamente en la presente elaboración.

A su vez, el movimiento de mujeres viene produciendo nuevos sentidos en nuestra sociedad, disputando cosmovisiones y prácticas, transformando las sensibilidades y las representaciones sociales; reformulando prácticas políticas.. Cuando hablamos de nuevos

sentidos, entendemos que los mismos abren cuestionamientos y plantean nuevos interrogante y nos llevan también a dar respuestas a ciertas preguntas, interrogando también al Trabajo Social como práctica y como actor de lo social.

En dicho trabajo, apostamos a revalorizar la importancia de la escritura colectiva y del pensar con otrxs para generar conocimiento de “otro modo”. A decir de Muñoz Arce (2018), nos oponemos a “la racionalidad neoliberal” (Ibídem: 44) que impregna los ámbitos de investigación como acto de resistencia. “Es decir, concebir y desarrollar investigación como excusa para problematizar fenómenos invisibilizados o hacer emerger demandas que estaban silenciadas (...) Trabajo Social requiere hacer ver lo que históricamente ha hecho: investigación y otras formas de producción de conocimientos, desde una perspectiva vinculada con el medio, que busca la incidencia pública, que busca transformación donde hay injusticia y opresión” (Ibídem: 48). En este sentido, vemos relevante el abordaje de esta temática para poder pensar en intervenciones profesionales dentro de equipos interdisciplinarios que obliguen a la reflexión permanente sobre nuestras prácticas. Consideramos que determinadas naturalizaciones que se llevan a cabo en el mismo ejercicio profesional, hacen que la problemática de consumo de sustancias en mujeres tenga menor trascendencia a la hora de abordarla frente a otras problemáticas que se presentan, produciendo un ocultamiento que es necesario ponerlo en tensión desde la profesión. A decir de Ruth Sosa (2020) “De modo que el pensamiento y la producción científica han de tener un carácter emancipador y genuino cuando pueden mostrar capacidad ética para dar lugar a esas otras voces y producciones desde el cuerpo. Es allí cuando damos lugar a posiciones políticas ancladas en la convicción. De ahí mi reivindicación ineludible de los conocimientos situados, esto es, de los conocimientos honestamente localizados; de esa ubicuidad entrañable del conocimiento y de la recuperación de trayectorias subjetivas pasadas por procesos de reflexividad con potencialidad de teoría. Después de todo, revelar verdades o, mejor dicho, hacer lugar a pensamientos incómodos para la teoría social, y posibilitar prácticas que van más allá del protocolo y del corset del Trabajo Social, es lo que viene haciendo la praxis política del feminismo” (Ibídem: 91).

A partir de haber realizado una búsqueda acerca de lo producido hasta el momento en Tesinas de Grado de Trabajo Social sobre dicho tema, encontramos escasas producciones desarrolladas en torno a los abordajes en Atención Primaria de la Salud haciendo foco en la problemática de consumo que intenten visibilizar las desigualdades de género que atraviesan los mismos. Frente a esto, consideramos que es importante realizar dicho análisis desde una perspectiva de género, ya que entendemos que estamos atravesando un momento histórico

fundamental en materia de conquista de derechos de mujeres y disidencias sexuales, lo cual hace que nuestros interrogantes al momento de realizar las prácticas preprofesionales se resignifiquen. Es trascendente investigar sobre esta temática ya que a partir de la transversalización de la perspectiva de género en nuestra Carrera de Grado, se nos habilitó a pensar nuestras investigaciones e intervenciones cotidianas, y a repensar el horizonte de la profesión. A pesar de los intentos de la academia por introducir dichas nociones en la institución educativa, existen equipos profesionales conformados por Trabajadores Sociales que al día de hoy no cuentan con formación en perspectiva de género.

De esta manera nuestra propuesta disciplinar se enmarca en ese sentido, nos proponemos analizar críticamente los modos de abordaje de dicha problemática desde atención primaria de la salud en articulación con las instituciones disponibles, abordando problemáticas relevadas en la experiencia de prácticas a los efectos de contribuir a la generación de conocimientos disciplinarios y pensar instrumentos posibles que contribuyan a disminuir lecturas y abordajes sesgadas. El movimiento de mujeres viene produciendo nuevos sentidos en nuestras sociedades; disputando cosmovisiones y prácticas, transformando las sensibilidades y las representaciones sociales; reformulando prácticas políticas; creando otros modos de nombrar la realidad. Sin dudas, estos nuevos sentidos abren cuestionamientos y plantean nuevos interrogantes... también dan algunas respuestas a ciertas preguntas. El trabajo social es interrogado por esta matriz. No sólo nuestra práctica social y profesional en el campo de lo social; sino también los ejes teórico-metodológicos-epistemológicos, vinculados a los procesos de formación profesional y académica.

Objetivo general

Indagar acerca del acceso de las mujeres que atraviesan consumos problemáticos de drogas a la Atención Primaria de la Salud en Rosario con el propósito de diseñar una propuesta disciplinar que apunte a fortalecer las intervenciones desde la perspectiva de género en los equipos de salud.

Objetivos Específicos

- Identificar los conceptos de Atención Primaria de la Salud, consumos problemáticos de drogas, género y clase y su interacción en el campo de la intervención profesional.

- Describir las razones que llevan al acceso diferenciado de las mujeres consumidoras al sistema de salud.
- Repensar el rol profesional a la hora de permitir u obstaculizar dichos accesos.

Metodología

Nos proponemos utilizar una metodología cualitativa de tipo descriptiva y exploratoria, con recopilación y análisis de bibliografía y documentos (cuadernos de campo). Siguiendo a Sautu (2005) la técnica a emplear será el trabajo con fuentes de diversa índole, entre ellas podemos identificar capítulos de libros, artículos de revistas científicas y sitios de internet, tesinas de grado, tesis de posgrado y el cuaderno de campo, el cual es un instrumento o herramienta pedagógica que nos ayuda en la construcción y reconstrucción de la experiencia de la práctica profesional a partir del registro de información día a día.

Lenguaje no sexista

Este trabajo busca contener un lenguaje inclusivo y libre de sexismo, intentando no caer en estereotipos discriminatorios. Para ello se emplea el uso de la letra “e”, que creemos rompe con el binarismo al que históricamente nos arrojó el lenguaje y la cual puede mudarse del lenguaje escrito al oral con facilidad y eso también facilita la oralidad a los software lecto-parlantes que utilizan personas con discapacidad.

CAPÍTULO I: Pensando el campo de la salud en clave de accesibilidad

Pensar el acceso de mujeres de las clases populares que atraviesan consumos problemáticos de sustancias a instituciones de salud, requiere pensar *los lugares*, como han sido contruidos. Es por ello que en ese capítulo desandaremos brevemente la idea de accesibilidad y abordaremos los paradigmas y dispositivos institucionales que permearon y constituyeron la idea de Salud en clave histórica, haciendo foco en el análisis de Atención Primaria de la Salud. Además, proponemos acercarnos a analizar el lugar que ocupa la Salud Mental en los dispositivos de APS, y el marco legal vigente.

1.1 ¿Concepción o concepciones de Salud?

En este primer capítulo, intentaremos dar cuenta de aquellas concepciones de salud que hemos aprehendido a lo largo de nuestra formación sumando nuevas lecturas, para poder analizar las concepciones que se configuraron en determinados escenarios históricos y actuales y que constituyeron y disputaron la idea de salud. No brindaremos una definición acabada sobre el concepto ya que entendemos que la misma se encuentra en constante construcción y que es modificada a partir de los cambios culturales, sociales, políticos y económicos propios de una determinada época. En este mismo sentido, optamos por exponer las principales características de los distintos modelos o paradigmas bajo los cuales se ha comprendido la idea de campo de la salud.

Para tal fin nos propondremos buscar analizar las concepciones de salud a través de la categoría de *accesibilidad*, entendiendo a la misma desde el enfoque de derecho y a la salud como uno de “los escenarios públicos en tanto, lugar de lo común” (Arias, 2019: 5) buscando corrernos del entendimiento de *lo público* exclusivamente como *lo gratuito*, para empezar a pensarlo como el lugar por excelencia de la garantía y ejercicio de los derechos, y también como productoras de subjetividad, y reconocimiento del otre. Siguiendo a Carballada podemos entender a la accesibilidad “como una vinculación, es decir como un lazo social entre el sistema

de salud o de acción social y los usuarios de ésta. De este modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad” (Carballeda, 2014: 17). De esta forma, dicha categoría nos permitirá evaluar si los distintos modelos de salud que hacen al campo, habilitan o no el acceso a las instituciones y de qué forma se conjugan en el campo con otras categorías tales como género y consumos problemáticos.

A partir de las lecturas de Pierre Bourdieu, nos parece pertinente, explicitar que entendemos al concepto de campo como “una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia, y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes, o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc)” (Bourdieu y Wacquant; 2005: 150). Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital, propia del campo en cuestión. Es decir, es un tramado de relaciones sociales de lucha por dicho capital, entendiendo que el capital del campo de la salud es el acceso a la misma. Cuando hablamos de capital, nos referimos a aquello que le otorga legitimidad y autoridad a quien lo posee, y que puede ser utilizado para obtener una ventaja en el campo. De acuerdo al autor, los sujetos que se encuentran en puja por dicho capital son “agentes”, es decir, que tienen capacidad de agencia, pueden luchar, crear, participar; no son estáticos. La dinámica de los agentes, en este caso, es la causante de que el campo que analizamos tenga altos niveles de dinamicidad, lo cual nos hace pensar que como la sociedad nunca es la misma, la salud como campo tampoco lo es.

Siguiendo el pensamiento de Sousa Campos (2009), podemos decir que construir una idea acerca de la producción de salud no será un monopolio o herramienta exclusiva de una práctica o forma de entender la salud sino que es propio de todo el campo mismo, lo que varía es el énfasis con que se las utilizan. Entonces, “... una teoría sobre la producción de salud funcionará como patrimonio orientador de todas las prácticas sanitarias y no serían construidas sólo en base a una perspectiva centrada en lo social o lo epidemiológico sino en el uso diversificado de distintos saberes” (2009: 178).

En este sentido, es importante que podamos dar cuenta de este entrecruzamiento de paradigmas, para así entender el devenir de las concepciones de salud como procesos. La

historia del campo de la salud en Argentina no es unívoca, al contrario, podríamos decir que presenta complejidades propias de una historia de luchas y resistencias a la hora de pensar las condiciones de acceso y los abordajes de la salud. El modelo hegemónico que ha predominado en el campo a lo largo de los años, se ha encargado de intentar fragmentar la realidad, aludiendo a que es necesario hacerlo para conocerla en su totalidad, olvidando que estos abordajes fragmentados resultan reduccionistas y deterministas. Esta idea nos puede llevar a pensar que es necesario profundizar y conceptualizar al “proceso que posibilitó la exclusión o secundarización de lo político e ideológico de las problemáticas de salud/enfermedad” (Menendez; 2005: 10). Dicho modelo concentra el capital cultural, social, económico y simbólico, que constituyen al campo de la salud, en cual el paradigma dominante se fundamenta en una serie de supuestos basados en el paradigma Positivista, los cuales tienden a considerar a la salud-enfermedad individualizada, en donde el cuerpo humano es entendido metafóricamente como un conjunto de piezas.

1.2 Aproximación a los paradigmas en salud

Dentro del campo de la salud podemos encontrar un entramado de relaciones que han ido configurando a lo largo de la historia los distintos modelos o paradigmas respecto a la salud, lo que significa que actualmente no podamos encontrar una definición única de lo que es la misma. Para avanzar en la profundización del campo, nos adentraremos en una breve historización acerca de las rupturas y continuidades de los modelos que disputan el capital en cuanto a la conceptualización de salud. Es importante remarcar que este proceso es propio, a su vez, de la historia misma de la salud pública en nuestro país, entendiéndola como construcción social situada.

En primer lugar, es interesante remarcar que la construcción del Modelo Médico estuvo fundamentalmente atravesado y construido de modo unívoco desde la medicina como saber exclusivo, ya que desde esta perspectiva el tratamiento de las enfermedades fue considerado como propio de este saber. Esta noción de patrimonio exclusivo podemos encontrarla no solamente en la misma formación profesional de la medicina, sino que fue avalado por las instancias jurídicas estatales y por la reproducción de estas en las instituciones, instituyendo la hegemonía en el campo a través del -saber médico y científico-.

Para contextualizar temporalmente, siguiendo a Eduardo Menendez (2005) los inicios del mismo pueden situarse con el surgimiento de la Revolución Industrial en Inglaterra, producto

de la conformación de la clase obrera como tal, y en consiguiente, los procesos de pauperización de la vida de las poblaciones. Al mismo tiempo que se expande el capitalismo como modelo económico, político y social en el mundo, también se reproduce el modelo de atención de la salud. A pesar de que el discurso biomédico nazca en este período, el mismo oculta el papel fundamental que tienen las precarias condiciones laborales y sociales de los trabajadores a la hora de entender-atender a la salud-enfermedad de la población trabajadora. Lo crucial en este caso, sería la enfermedad biológica y no las condiciones concretas que afrontaba la clase obrera, excluyendo las relaciones sociales y culturales que siempre intervienen en los procesos de salud-enfermedad.

Durante el transcurso del siglo XIX, el Modelo tiende a afianzarse a raíz de que son los diferentes tipos de Estados capitalistas los que institucionalizan el discurso médico. Esto se produce a partir de mejorías en las condiciones de vida de la clase trabajadora, que son directamente relacionadas como producto del acompañamiento de la biomedicina. El Estado al hacerse eco de las demandas sociales, facilita la instalación del discurso de que los procesos de salud-enfermedad deben ser escindidos de los condicionantes sociales y culturales de las poblaciones, entendiendo que “de lo social” se ocupa el Estado y no quienes se encargan de la salud.

Este modelo supone una serie de rasgos considerados como estructurales, tales como el individualismo y asociabilidad; la ahistoricidad que implica escindir al sujeto de su historia de vida y de su subjetividad; la participación subordinada y pasiva del paciente, que significa considerar a el usuario como objeto a curar, y no como partícipe de su propia recuperación, es decir, un sujeto fragmentado y compuesto por partes disociables a tratar. (Menéndez; 1988)

El Modelo Médico concibe tanto al enfermo como a la enfermedad disociados de las relaciones sociales concretas, y se dirige a trabajar en la “enfermedad” no así en la misma salud: “Justamente referir la enfermedad, y sobre todo la salud, a los condicionantes sociales que operan sobre las mismas constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no sólo para la enfermedad(...) Implica asumir que la salud y la enfermedad son emergentes de las condiciones de vida y de trabajo; que el proceso salud/enfermedad no sólo es un problema circunscripto al ámbito profesional sino que implica a los conjuntos sociales; que en la lucha contra la enfermedad hay procesos que no se “delegan” o que por lo menos no deberían delegarse” (Menendez, 2005: 11).

De esta manera, el Modelo Médico se sostuvo dominante durante varios siglos, ya que formó parte de los modos de control de las condiciones y elecciones de vida de las clases

subalternas, normativizó a través de los diagnósticos y las medidas preventivas, y legitimó los regímenes capitalistas y no capitalistas a partir de políticas, servicios y actividades.

Aquellas transformaciones propias de los distintos tipos de gobierno, que tienen la voluntad de desplegar un variado conjunto de prácticas, tecnologías, rutinas, y estrategias cuyo fin es el *gobierno de la vida*, podemos categorizarla a partir de Foucault (1976) como biopolítica. “una biopolítica de la población, del cuerpo-especie, cuyo objeto será el cuerpo viviente, soporte de los procesos biológicos (nacimiento, mortalidad, salud, duración de la vida)” (Ibídem: 183). A decir del autor, aquella integración “parcial” de la medicina en los modos de vida de las clases obreras, de sus formas de vida, su alimentación, las crianzas, constituye una forma de gobernanza, que finaliza siendo lo que motoriza el desarrollo de la colectividad misma. Más allá de lo que podemos llamar como la institución de la propiedad privada, y la división social del trabajo, para que el capitalismo se implante como modelo económico, es necesaria la organización de esas formas de producción colectiva a través de tecnologías o modelos científicos.

El Modelo Médico podemos pensar que operó (y opera) en ese sentido, *gobernó la vida* a partir de prácticas como el diagnóstico, la prevención, los cuidados, desplegando todo un conjunto de mecanismos destinados a gestionar lo que se entiende por seguridad o riesgo, a través de la medicina como ciencia, el control y gestión de las enfermedades, prevención de las epidemias, hospitalización, etc. Desarrollando también, una forma de intervención política en la sociedad, que al decir de Menendez (2005), permanece oculta. “Desde esta perspectiva la salud/enfermedad aparece como un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar” (Ibídem: 3).

Aún así, existieron una serie de sucesos que permitieron el debilitamiento y el cuestionamiento del paradigma y con ello comienzan a surgir otros modelos que disputaron el saber al interior del campo. Si bien podemos afirmar que la biomedicina se expande en el mundo como el modelo por excelencia de la atención a la enfermedad, podemos también decir que durante estos años de debilitamiento, comenzaron a emerger modelos que contuvieron a la injerencia de lo social en la formación profesional.

Es así que durante los años sesenta a través de diferentes hechos que mostraron las dificultades del Modelo Médico surgieron diferentes críticas hacia el mismo, principalmente comenzó a evidenciarse un cierto aumento hacia la importancia de la consideración de lo social y político dentro del proceso salud-enfermedad, esto se da debido al aumento de críticas en el mundo del trabajo donde se evidencian la escasa eficiencia de la biomedicina para enfrentar

los principales problemas de salud a los que se enfrentaban los trabajadores (accidentes laborales, aumento de padecimientos subjetivos, aumento de la morbilidad, entre otras) para dar una respuesta desde lo exclusivamente biomédico. Otras de las críticas que se plantean es la creciente corporativización y mercantilización del modelo, con un aumento no solo en el consumo médico sino también en el costo de salud, comenzando a evidenciarse el trasfondo económico y de los criterios empresariales puestos en el proceso de atención o prevención de la salud.

Se produce de esta manera “una nueva reconsideración del papel de las condiciones sociales en el proceso salud/enfermedad, así como a una lectura política de la lucha contra la enfermedad” (Menendez; 2003:19).

Esto no quiere decir que la biomedicina y su forma de concebir a la salud-enfermedad deje de existir a partir de estas críticas o cuestionamientos, al contrario, la misma se caracteriza por su constante reinención y amoldamiento a los contextos y en sus formas dominantes de reorganizarse.

A partir de estas críticas al modelo médico, comienzan a aparecer de manera más marcada diferentes posturas que disputan el saber y a plantear la salud como un hecho ligado a las condiciones que rodean a la existencia humana, contemplando así el medio en que se desenvuelve la vida de las personas y comunidad.

Una de las mayores rupturas que atraviesa al modelo médico y que permite sentar un precedente a la hora de entender a la salud de una forma más amplia, es la declaración de 1946 de la Organización Mundial de la Salud donde plantea que salud es: “... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social” (OMS; 2014: 1).

Si bien podemos coincidir en que, para el momento histórico en el que la OMS declara estos principios básicos, es un avance la incorporación del entendimiento del bienestar no sólo físico, sino también mental y social, no podemos negar que aún faltaba mucho para que esta se constituya como una definición integral de salud.

En palabras de Floreal Ferrara (2009) “Ya en otras oportunidades se ha expresado el reconocimiento al avance que significó conceptualmente la idea de la O.M.S. al expresar que la salud es el completo estado de bienestar físico-mental y social, por el aporte significativo que ello implicó en la búsqueda de una totalización e integralidad -conceptual. Resultó

importante para el pensamiento sanitario la ampliación, del marco interpretativo más allá del único y frecuentemente limitado marco de lo físico o biológico. Cuando la definición incluye a los aspectos mentales y sociales coloca a sus intérpretes en una posición de mayor amplitud, de mayor comprensión del proceso salud-enfermedad” (Ibidem: S/N).

Consideramos que Ferrara, nos acerca a la construcción de una noción de salud más cercana a una que nos identifique, y que nos permite poder pensarla ética, ideológica y políticamente. Entendemos, en este sentido, que para la sociedad es necesario la búsqueda incesante de un horizonte que ayude a pensar a la salud como capacidad para luchar contra aquello que obtura la vida, y que niega el conflicto.

Durante estos años, cobran relevancia las posturas tanto de la *medicina comunitaria*, la cual pone la mirada en proporcionar los elementos curativos y/o preventivos dirigidos a las familias, grupos o la comunidad en general, procurando a partir de prácticas comunitarias de salud la extensión de la cobertura de las poblaciones; como así también la idea de *medicina preventiva*, la cual estuvo centrada aún más en el cuidado médico para prevenir las enfermedades, también tuvo un fuerte movimiento dentro de la academia y la formación de los profesionales, para que fueran agentes de cambio de la profesión.

Sin embargo, siguiendo a Iriart y otros (2002) durante los ‘70 el paradigma que logró disputar mayoritariamente al Modelo Médico es el de la Medicina Social, anclado a las mejoras en las condiciones de vida de las clases trabajadoras propias de los Estado de Bienestar, bajo los cuales la salud fue financiada a partir de los impuestos y de la seguridad social. Se desarrolla en América Latina a partir de una fuerte crítica al desarrollismo como modelo político y económico, y a su vez, a sus formas de abordar la salud, marcando una clara diferencia con la idea de medicina comunitaria y preventiva.

La Medicina Social va a comenzar a concebir al proceso de salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica, con un encuadre teórico-metodológico colectivo, en el cual los sujetos a analizar están contextualizados socialmente, es decir, se analiza a través de categorías como reproducción social, clase, género, etc. A su vez, en este proceso dialéctico entre teoría y práctica, se concibe desde este paradigma al concepto de praxis como interrelación entre pensamiento y acción.

Para situarlo históricamente, podemos decir que el paradigma se desarrolla en un contexto de un fuerte enraizamiento de las teorías marxistas, estimulando el desarrollo del mismo. Es un intento de pasar de explicar los procesos de salud-enfermedad a partir de una sola causa, a poder explicarlos a través de procesos multicausales, abandonando las explicaciones simplistas

que no consideran a las condiciones sociales como determinantes. “Los profesionales de la medicina social latinoamericana han usado teorías y métodos que distinguen sus esfuerzos de los de la salud pública. En particular, el eje en el contexto social e histórico de los problemas de salud, el énfasis en la producción económica y en la determinación social, y la vinculación de la investigación y la formación con la práctica política, han proporcionado enfoques innovadores para algunos de los problemas más importantes de nuestra época” (Iriart y otros, 2002: 134).

Por otro lado, este paradigma nos permite ver que se agregan otros elementos a la construcción, que es la incorporación de lo social al padecimiento, que ya deja de ser sólo físico y obtiene otra dimensión. “Si la enfermedad se coloca entre paréntesis, la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces, no es el enfermo, es la persona el objetivo de trabajo, y no la enfermedad. De esta manera el mayor énfasis no se pone en el proceso de cura sino en el proceso de invención de la salud; y de la reproducción social del paciente” (Sousa Campos; 2009, 73). Es decir, le sujeto ya no sería le “sujeto enferme” en general, sino que es un Sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Podemos pensar que esta concepción completa la idea de que la salud no puede ser entendida ahistoricamente, sino que tiene que ser contextualizada en tiempo y lugar, porque no es ni puede ser escindida de los procesos de reproducción social, ni de los modelos económicos y políticos de un país.

A su vez, contribuyendo con el progreso de la misma, se encuentra la Salud Colectiva, comprendiéndola como la coparticipación entre los trabajadores de la salud, usuarios, y la comunidad sobre dónde apoyarse en una idea de producción de salud en base a las necesidades de la época, el contexto y la clase. Le sujeto, en este caso, no es un sujeto general, sino que se entiende como un sujeto subjetivamente constituido, y social y culturalmente anclado. La Salud Colectiva propone “invertir en el fortalecimiento de los sujetos, no solo en su dimensión corporal conforme a la tradición de la salud pública sino también al pensarlos como ciudadanos de derechos, y críticos (capaces de reflexión y elección más autónoma de los modos de andar la vida)” (Sousa Campos; 2009: 184).

La misma, en tanto campo de conocimiento introduce la noción de interdisciplina al momento de conocer y atender el proceso de salud-enfermedad-atención, procurando identificar las necesidades y problemas que una determinada población comprende, buscando su explicación y su posible respuesta. “Este contempla el desarrollo de actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, la naturaleza de las políticas de salud,

la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria” (Almeida Filho y Silva Paim; 1999: 22).

Para finalizar, es interesante recalcar que la salud colectiva encuentra sus límites y posibilidades en la distribución de poder y saber en el campo de la salud, y atravesado por una determinada formación social. Se constituye como un conjunto de prácticas que, al contrario de someterse al modelo de salud pública institucionalizado, se preocupa por la salud en tanto se pueda hacer previamente un análisis que esté atravesado por las categorías de clase social, etnia, grupo etario, género, e individuos colectivos y singulares.

“Desde lo contextual la Salud Colectiva tiene la necesidad de deconstruir las políticas neoliberales imperantes y proponer valores que contribuyan a generar un “progresismo” con equidad, transparencia y participación social en la medida que las prácticas se encuentren asociadas a intervenciones basadas en el enfoque de derechos permitiendo las transformaciones sociales necesarias” (Liborio; 2013: 141).

Teniendo en cuenta lo desarrollado hasta aquí, nos parece relevante poder situar de qué manera se configura el sistema de salud argentino para poder comprender qué formas adoptan los servicios de salud. Muchos autores que han estudiado e investigado la historia del Campo de la Salud en nuestro país, han confluído en la idea de que Argentina posee un sistema tripartito de provisión de servicios médicos, lo cual no es característico de todos los países. Esta división se explicita según quienes sean los prestadores del servicio y los beneficiarios del mismo. Los grandes modelos de organización de la atención a la salud son básicamente tres: estatal o público, seguridad social y privado. Cabe aclarar que estos niveles coexisten pero más integralmente funcionan yuxtapuestos. A decir de Isuani (1988) “... son el sedimento de políticas sociales, a veces contradictorias, que como capas geológicas se han superpuesto sin integrarse, generando una dispersión de esfuerzos que se expresa en alta concentración de servicios en algunos lugares y desprotección en otros, carencias materiales junto con presupuestos cuantiosos” (Ibidem: 32).

En primer lugar, podemos decir que el subsector de la seguridad social o de obras sociales, se caracteriza por estar estructurado sobre el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados (constituyéndose como los sujetos beneficiarios). las empresas en donde trabajan, y los aportes del Estado. Este subsector podemos decir que actúa bajo dos modalidades: una directa y otra indirecta. Por un lado, la directa se refiere a la capacidad de prestar servicios de salud a través de instalaciones y equipamientos propios de las obras sociales. Y por otro lado el indirecto en

el cual la seguridad social actúa cubriendo los gastos de la atención de los beneficiarios en el sector privado o público como intermediario.

Por su parte, el subsector privado apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, constituyéndose como “la forma más antigua de provisión y adquisición de servicios de salud” (Isuani, 4: 1988). A diferencia del seguro social, en este subsector, los individuos toman voluntariamente la decisión de asumir colectivamente los costos de los servicios de salud, orientando las contribuciones a generar infraestructura, adquirir equipamientos y recursos humanos. Podemos decir que en este subsector el sujeto se constituye como consumidor y no como beneficiario.

Por último, se encuentra el sector estatal o público que podemos decir que en nuestro país se encuentra planificado y financiado por el Estado (municipal, provincial y nacional) a través de la recaudación de impuestos y la infraestructura bajo la cual se realizan las prestaciones de salud públicas suelen ser en mayor medida de propiedad estatal. Argentina se caracteriza particularmente por tener un sistema de salud público extendido a lo largo de todo el territorio nacional, con menores o mayores niveles de alcance según cada región. Es importante destacar que a los servicios que brinda este subsector en mayor medida acuden quienes no cuentan con los recursos para solventar el pago de una prepaga y/o quienes tampoco se encuentran registradas como trabajadores formales, y por lo tanto no acceden a una obra social.

Este subsector se encuentra dividido en 3 niveles de atención, según la complejidad de las prestaciones y la organización que presenten para dar respuesta a las demandas en salud. En principio, le corresponde al primer nivel de atención (centro de salud, y SAMCO) como el nivel básico e inicial, las actividades de: prevención, promoción, y educación en salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Este nivel se constituye a su vez como la puerta de entrada de los usuarios al sistema público de salud, y como el nivel de seguimiento de la salud particular, familiar y comunitaria a partir de la adscripción de la población del territorio a cargo.

El segundo nivel de atención hace referencia a “los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, las acciones y prestaciones donde se requiere atención especializada, con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y la estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia” (Gobierno de la Provincia de Santa Fe).

Por último se encuentra el tercer nivel de atención que “está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados, para

una georreferencia determinada, configurando entre los distintos efectores de alta complejidad una red de referencia entre sí” (Gobierno de la Provincia de Santa Fe).

1.3 La estrategia de Atención Primaria de la Salud

La Atención Primaria de la Salud se sitúa como estrategia política hace cuarenta y dos años a partir de lo que se denominó como “la Conferencia Internacional de Salud de Alma Ata”, realizada en el año 1978 en URSS. La misma nace a partir de la consideración en la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo ampliando la cobertura hacia aquellos grupos, poblaciones y regiones que no contaban con un acceso de los servicios en salud, con el objetivo de que los mismos alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Para entenderlo y situarlo, consideramos que Alma Ata fue un acontecimiento sumamente significativo e importante para la salud mundial en aquella época, ya que fue la política de mayor consenso entre países y todos los actores del campo de la salud.

En nuestra región, la situación política, social y económica de los países latinoamericanos constituyó un terreno desfavorable para su implementación. En ese marco, en nuestro país, la implementación debía comenzar a darse bajo el régimen de la última dictadura cívico-militar-ecclesiástica, pero la misma estuvo centrada más en el intento de disminuir el gasto público, por lo tanto la inversión sanitaria se vio implicada en este contexto más que en el logro de una mayor cobertura y equidad. Además, la estrategia de Atención Primaria de la Salud, en un segundo momento, ya comenzados los gobiernos democráticos, e instalado por completo el modelo económico neoliberal, no buscó propiciar la participación comunitaria ni la intersectorialidad en salud, sino que más bien intentó instalar una lógica de la focalización construyendo así importantes desigualdades en el acceso a la salud.

“Así la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial” (Ase y Burojovich; 2009: 28).

La Atención Primaria de la Salud se constituye como una parte integral del sistema sanitario del país, siendo el primer nivel de contacto de la persona, la familia y la comunidad con el sistema. La misma fue definida hace 30 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación” (OPS; 2008: 8),

Los centros de salud, entendidos como el primer nivel de atención, se presentan en la actualidad y en nuestra ciudad, como las instituciones estatales del sistema de salud más cercanas a la comunidad, con un fuerte anclaje territorial¹. Pensar al Centro de Salud como institución en función de los objetivos originales de atención primaria de la salud es tener una mirada ingenua con respecto a los movimientos obligatorios que toda institución debe poseer para sobrevivir como tal. Entendemos que APS se presenta como una estrategia dinámica a la hora de pensar los contextos en los que se analiza y aplica la misma desde la perspectiva de las problemáticas sociales complejas. Hoy las intervenciones en salud no se pueden pensar desde la misma lógica con las que podrían haberse pensado originariamente, pero tampoco deben negarse ni los objetivos, ni los orígenes institucionales, como tampoco el camino transitado.

Analizar la Atención Primaria de la Salud es también analizar la territorialidad, como un factor que estructura fuertemente los funcionamientos institucionales. Delimitarlo, implica también, delimitar las incumbencias del centro de salud sobre una determinada población. En términos de Carballeda “El barrio se presenta como un mundo de significados donde cada habitante se reconoce y reconoce a los otros, diferenciando referentes espaciales, relacionales e históricos que pueden ser compartidos” (2015: 2).

A través de la territorialidad es posible generar una referencia en la población que permita garantizar a través del vínculo el acceso a la salud y a otras políticas públicas. A su vez también es importante resaltar que cada territorio en donde se enmarque la atención de la salud, va a estar impreso por las expresiones subjetivas y objetivas propias de cada territorio particular, aquellas formas singulares que hacen a la cultura social de un barrio, sin desconocer su carácter

¹ En Rosario, a partir de la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud, se buscó que cada equipo de profesionales tuviera una población adscripta de manera de potencializar el vínculo, facilitando el seguimiento del proceso. APS a partir de las nociones de descentralización y participación social operó como vía principal de la territorialización identificando y delimitando sectores poblacionales que requerían atención específica, lo cual produjo una tendencia al tratamiento localizado de problemas, para pensar mayor proximidad, articulación y conocimiento de/con los recursos del territorio.

político. Por lo tanto el territorio condiciona y posibilita procesos de producción y reproducción social, en donde son los sujetos inmersos en ese espacio en particular los que le dan sentido, forma y construyen a ese territorio. Comprender lo territorial en sus múltiples manifestaciones y a la intervención desde una comprensión integral, evitará posicionamientos ingenuos y generará mayor participación y reconocimiento de la pluralidad. Pensar a los territorios como construcciones sociales habilita a hacer el ejercicio de hablar de dos asociaciones: “La primera tiene que ver con el territorio en términos espaciales, el territorio como una geografía, con sus características específicas, sus reglas internas y sus límites. La segunda asociación –correlato de la primera– nos lleva al territorio como espacio habitado, como lugar donde se desarrollan relaciones sociales. En esta perspectiva “social”, el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma” (Arias, 2013: 2).

De esta forma, la hipótesis acerca del foco central del trabajo en los centros de salud según Débora Ferrandini (2017) “...es la población misma en el escenario de su vida cotidiana, contexto en el que los trabajadores de salud integran su tarea al protagonismo de las comunidades” (Ibídem: 1). Las instituciones de salud “tienen la responsabilidad de asegurar el desarrollo de los siguientes ejes de trabajo:

- prácticas de construcción de la salud colectiva, diseñadas a través de procesos locales de programación participativa... que incluyan la perspectiva de la comunidad y de sus instituciones asegurando prioridad a los criterios de equidad, participación, eficiencia, prevención y promoción de la salud..
- prácticas amplias y contextualizadas de atención de la salud, que permitan la efectividad del diagnóstico y las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla el proceso de salud y enfermedad, asegurando la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema de salud.
- prácticas específicamente dirigidas a garantizar la equidad en la utilización de servicios de salud según necesidad. Estas tareas podrían definirse como el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad de la institución en relación con las heterogéneas necesidades de la comunidad. Entendiendo que muchas veces los determinantes de los problemas de salud más graves determinan a su vez enormes dificultades de acceso...” (Ibídem: 1).

1.4 La salud mental dentro de la Atención Primaria de la Salud

Teniendo en cuenta lo que expuesto hasta aquí y adentrándonos a nuestros objetivos de investigación, creemos de suma importancia, también situar a las declaraciones de Caracas y de Brasilia, como punto de inflexión a la hora de pensar la atención primaria de la salud de forma amplia e integral, que contenga la prevención, promoción y atención de la salud mental.

Para contextualizar, en primer lugar, la Declaración de Caracas es el punto de partida de la reforma de la asistencia psiquiátrica para los países miembros de la Organización Panamericana de Salud, en la que se les llama a los mismos a realizar la "reestructuración de la atención psiquiátrica".

En 1990 la Organización Mundial de la Salud, convocó a distintas organizaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, profesionales del derecho y usuarios de los sistemas de salud mental a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina celebrada en Caracas, Venezuela. En principio, la declaración introduce dos cuestiones fundamentales a la hora de pensar la atención de la salud mental. Una de las estrategias propuestas, es “la actualización de legislaciones nacionales de tal forma que se asegure el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales y sus familiares, y se promueva la organización de servicios comunitarios que contribuyan a que estas personas puedan disfrutar de la libertad personal y por consiguiente ejercer sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales en pie de igualdad respecto a otros seres humanos” (Vásquez; S/A: 1).

Por otro lado, otra de las estrategias propuestas durante este encuentro tiene que ver con la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital monovalente, en conjunto con la reestructuración de la atención psiquiátrica y por otra parte, la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental.

Posteriormente, en Brasil, la OPS y la OMS, convocaron a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”, en Noviembre del 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990. De aquí se desprende la advertencia de que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años como la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

- La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales.

- El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive.

- La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental.

- La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población (Principios de Brasilia: 2005).

Consideramos pertinente citar a ambas declaraciones con el propósito de poder comenzar a situar la atención de la salud mental en consumos problemáticos, a partir de la necesidad de reflexionar acerca de cuál es la relación que es necesario establecer entre la propuesta de la salud mental comunitaria y la de la atención primaria de la salud.

En este sentido también consideramos necesario poder situar cuál es el marco legal en Argentina en el que se inscriben estas prácticas de salud mental, tanto a nivel Nacional como en la Provincia de Santa Fe.

En el año 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental representando un gran avance en materia de reconocimientos de derechos para les usuaries e instalándose como expresión del paradigma de los Derechos Humanos en Salud Mental. La implementación de esta ley plantea un cambio en la forma de observar, pensar y abordar al padecimiento mental, es decir, introduce un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental, comenzando a entenderse como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.657: 2010).

La ley a su vez tiene por objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias” (Ley 26.657: 2010).

Dentro de esta legislación también se incluye como parte del campo de la salud mental a las adicciones, asegurándole a las personas con consumo problemático de drogas (legales e

ilegales) todos los derechos y garantías establecidos en ella en su relación con los servicios de salud (Art. 4). Esto a su vez comienza a implicar un pasaje de la concepción de los consumos problemáticos como un problema legal-penal a considerarlas como un aspecto más dentro de las problemáticas de salud y salud mental, tema que retomaremos en los siguientes capítulos.

La Provincia de Santa Fe en el año 1991 sanciona la Ley Provincial de Salud Mental, sentando un antecedente no sólo para la región sino también a nivel nacional, ya que dicha ley introduce algunas nociones importantes a la hora de pensar la atención de la salud mental, como el derecho a recibir tratamiento, a ser escuchado e informado, y al respeto de su intimidad. También propone que las internaciones en establecimientos de salud mental solamente sean cuando “las circunstancias del caso no permitan el uso de otra alternativa menos restrictiva de la libertad”(Ley Provincial 10.772: 1991).

Este último punto es importante a la hora de pensar los abordajes en consumos problemáticos, ya que sienta un antecedente para la Ley de Salud Mental nacional que logra sancionarse casi 20 años después y producto de largos debates en el campo de la salud y en la sociedad. En ella, en el Artículo 9, se dispone que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Ley Nacional 26.657: 2010).

En ese sentido, se puede decir que la ley ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con fuerte anclaje en la comunidad promoviendo la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de Salud, acentuando la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria. A su vez, la nueva forma de entender a la salud mental, reconoce múltiples entrecruzamientos en el campo de las problemáticas complejas, teniendo que incluir necesariamente un enfoque integral y abarcativo, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario.

De esta manera el abordaje comunitario busca construir un espacio de vinculación e inclusión, a través y con la comunidad, “es necesario tener en cuenta que los sujetos participan a partir de su cotidianeidad, lo que constituye una perspectiva decisiva para entender la racionalidad de sus prácticas” (Camarotti y Kornblit; 2015: 215). Entendiendo este proceso como un ejercicio de ciudadanía, sin desentrañar la trama estructural que hace a la problemática.

Para finalizar consideramos que la atención de la salud mental con base comunitaria “supone como desafío la integración total de la salud mental en la política pública de APS incorporándose en prácticas sociales de salud – enfermedad – atención - cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida” (Stolkiner y Solitario, 2007). Entendiendo a su vez que el territorio en donde se ubica la APS está en permanente construcción, y que es producto y productor de configuraciones sociales complejas, en donde el contexto en el que los sujetos se inscriben es clave para entender los procesos de salud-enfermedad-atención.

CAPÍTULO II

Hablemos de consumos de drogas: la situación de Argentina y Rosario.

En el presente capítulo abordaremos la cuestión del consumo atravesada por la pertenencia a la sociedad capitalista, y su relación con la problemática de las drogas en contextos de desigualdad social. A su vez, analizaremos cuáles han sido las posiciones y los roles del Estado en materia legislativa y de políticas públicas en cuanto a la concepción de los consumos y de los sujetos consumidores. Buscaremos sistematizar la forma en la que se materializa dicha concepción en el territorio Rosarino a través de diferentes instituciones, programas, proyectos, dispositivos.

2.1 “Compro, luego existo... como sujeto”

Para comenzar con este capítulo, creemos conveniente señalar la importancia de historizar brevemente el surgimiento del consumo de sustancias. De acuerdo a los aportes de Touzé (2006), el uso de drogas comenzó a ser considerado como anormal y como problema a partir de la segunda mitad del siglo XIX, a partir de una emergencia de la voluntad de los Estados de intervenir sobre la cuestión. En esta época se comienza a utilizar el término “toxicomanía” para mencionar a aquellas personas que hacían un uso abusivo de drogas en occidente. El uso de sustancias psicoactivas no es reciente, “parece ser tan antiguo como la humanidad misma” (Rojas y Sternbach, 1997: 136) y se lleva a cabo desde hace miles de años en todo el mundo.

En este sentido, entendiendo la historicidad de los consumos, es importante también considerar que las percepciones, concepciones, las miradas de una sociedad hacia una determinada cuestión no son estáticas, sino que se encuentran en constante cambio y transformación, de acuerdo al contexto socio histórico, político y cultural. Así, se considera que el consumo de sustancias psicoactivas no fue comprendido siempre de la misma manera por nuestra sociedad y según Arrieta (2017) se ha convertido en un problema social a fines del siglo XIX y principios del siglo XX²

² Esta cuestión la desarrollaremos en mayor profundidad en las siguientes páginas.

Pensar la historicidad del problema, nos permite contextualizar el análisis del consumo problemático de sustancias (de ahora en más CPS) en la sociedad actual. Entendemos que el CPS no siempre en la historia argentina ha sido considerado un problema social, sino que es producto de las diversas configuraciones de los escenarios políticos, sociales y económicos por los que ha atravesado nuestro país. Con esta aseveración no queremos decir que el consumo de sustancias no existía previamente, sino que el mismo empieza a ser considerado como problema una vez que el Estado comienza a reconocerlo como tal, es decir cuando se instala en la esfera pública. En este sentido sumamos así los aportes de Estela Grassi para pensar la idea de problemas sociales, “Se trata de problemas que una sociedad define como tal, a partir de la capacidad de un sector o grupo de hacer hegemónico sus criterios y argumentos. La constitución de determinadas situaciones como "problemas sociales" o a la inversa, la desproblematización de otras, implica confrontaciones y luchas ideológicas por significar los mismos” (Grassi, 1995: S/N).

Para contextualizar el CPS en nuestro país y en gran parte de Latinoamérica, nos remitimos a los años setenta cuando comienza a instalarse un nuevo modelo político y económico que da lugar a la conformación de una nueva forma societal, con nuevos y diferentes modos de relacionarse. La crisis del Estado Social y su posterior corrimiento, da lugar al avance del mercado como regulador social, lo que implica una reformulación en cuanto al rol del Estado, instalando una lógica “neoliberal”. Según Castel (2015), “a partir de la década de 1970 con las exigencias crecientes de la construcción europea y de la mundialización de los intercambios, el Estado-nación se revela cada vez menos capaz de desempeñar el papel de piloto de la economía al servicio del mantenimiento del equilibrio social” (Ibídem: 55). Los efectos de este avance neoliberal fueron amplios: ruptura de lazos sociales, relaciones laborales frágiles, precarización laboral, descreimiento de toda forma de organización colectiva, desempleo, incremento del individualismo, aumento de la incertidumbre, entre otras cuestiones.

En cuanto al lugar del mercado, vale decir que se caracteriza por imponer una nueva lógica a la sociedad, dando lugar a la competencia, a nuevas formas de relacionarse, de satisfacción y a la búsqueda de saciar el placer inmediatamente a través del consumo.

Mientras que en el Estado Social el principal articulador social era el trabajo, podemos decir que en el neoliberalismo “consumir es invertir en la propia pertenencia a la sociedad” (Lara Pulido y Colin; 2007: 213). Dicho sistema, en América Latina, nos despoja día a día de la propia identidad de ciudadanos, configurando la identidad de consumidores. Nos lleva a entendernos como el resultado de lo que “tenemos” y de los objetos que consumimos, y lo que

somos a partir de ese consumo. De esta forma, pareciera emerger como ordenador social de las sociedades contemporáneas el consumo, dando a entender que se pertenece a cierto grupo social por el tipo de objetos y/o servicios que se consumen, y a esto es lo que llamamos como sociedad de consumo.

La aparición de la categoría de consumidor en nuestro país es reciente, por ejemplo un hecho que marca claramente precedente tiene que ver con la reforma de la Constitución Nacional en el año 1994³, en la cual se presenta una nueva figura donde el concepto de ciudadane fue reemplazado por el de “consumidore” o “cliente”, considerando los cambios en los estilos de vida que esto supone.

“El mercado disciplina, se entromete en la vida cotidiana, otorga un “sentido” a las relaciones sociales que, desde lo efímero, generan sólo una mayor necesidad de saciar vacíos, dando momentáneamente una sensación de identidad, de pertenencia, que se hace “real” cuando la adquisición de un objeto de consumo es posible. Contenciones efímeras al fin que, para saciar el vacío que producen requieren de nuevas adquisiciones” (Carballeda, 2006: S/N).

Hablamos también de la pérdida de sentido social que otorgan las instituciones de la sociedad, ante el conocido proceso de desinstitucionalización, el cual implica que las instituciones clásicas como la escuela, la familia, la religión, etc. ya no son las propicias para construir las pautas de vida de los sujetos, quedando las mismas en la esfera de las decisiones personales, el consumo se constituye como un dispositivo de construcción de orden y sentido social, “en este contexto de vulnerabilidad social, de inequidad, de falta de oportunidades [...] se identifica como uno de los padecimientos actuales, como manifestación de la desigualdad, a las adicciones [...] la cual aparece como una opción de distanciamiento del mundo real, de satisfacción efímera, de adquisición de objetos como modo de inserción en el mercado, como forma de pertenecer, en una sociedad donde la identidad se construye a partir de los objetos, esencialmente del consumo de ellos, donde la ciudadanía pareciera restringirse sólo a ello” (Zénere, 2017: 169).

Es por estas razones, que no podemos escindir a los consumos problemáticos de sustancias del contexto en el que se desarrollan y gestan, ya que la sociedad los ve como “problemas” a partir de construirlos como tal social e históricamente. Las representaciones y percepciones

³ El artículo 42 de la Constitución Nacional Argentina (1994), expresa: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno (...)”.

que una sociedad tiene de determinado problema social están determinadas por las respuestas del mismo Estado; y a su vez esos mecanismos empleados por las instituciones estatales son reflejo de las representaciones sociales dominantes.

2.2 ¿Guerra contra las drogas? Del Prohibicionismo al Enfoque de Derechos

Aproximándonos a los modos de gobierno de dicha problemática podemos precisar dos líneas de abordaje que han sido relevantes en Argentina, gestando prácticas distintas que resulta oportuno detenernos. Una de ellas es la llamada guerra contra las drogas, este paradigma comienza a tomar relevancia en los Estados Unidos principalmente por el avance en el consumo de opio en algunas regiones de dicho país. Esta política se dio primero de manera interna, registrándose en el año 1875 la primer ley de prohibición de opio; y luego de manera externa por la gran influencia de EE.UU. e Inglaterra en los organismos internacionales. También, en el año 1912 se crea en la Haya, la Convención Internacional del Opio “que constituyó el primer acuerdo internacional entre Estados con el fin de regular el comercio de estupefacientes y restringir su uso a los fines científicos y/o médicos” (Mansilla, 2017: S/N). Vale destacar también que estas políticas estadounidenses se dan por la tendencia de este país en buscar culpables en el afuera (primero China, luego México, Colombia, Bolivia, etc.) más que en un replanteo en sus formas de consumo masivo:

“En realidad, los orígenes de la restricción sobre usos de sustancias psicoactivas son ante todo étnicos, sociales y políticos. Las raíces históricas más profundas de la prohibición del consumo de drogas en la modernidad se encontraron primeramente en el terreno de la etnofobia. Luego, las razones se constituyeron basándose en argumentos morales y de seguridad, y por último se instaló el discurso sanitario...” (Mansilla, 2017: S/N).

La prohibición del opio en su producción, comercialización y consumo fue la punta del iceberg del paradigma prohibicionista y de lo que hoy conocemos como guerra contra las drogas y/o guerra contra el narcotráfico. A esta política le siguieron la Volstead Act más conocida como Ley Seca, que prohibía la distribución y producción del alcohol en el año 1919, sin embargo la misma trajo aparejado el surgimiento de mafias o bandas criminales que tomaron el control de varias ciudades del país anglosajón a la fuerza, fue tal la brutalidad desatada que en 1933 la misma es derogada. A pesar de ser derogada la ley, eso no implicó la finalidad del paradigma prohibicionista, sino que se fue expandiendo hacia otras sustancias a lo largo y ancho del mundo, cuyo consumo era (y es aún hoy) indeseable para la sociedad, y

que este consumo, producción, tenencia, debe ser prohibido legalmente y deben los Estados adoptar legislaciones en consecuencia sobre esas sustancias.

“En Argentina durante el año 1930 se sanciona la Ley 11.331, la cual modificó el artículo 204 del Código Penal introduciendo el párrafo tercero donde se incrimina la posesión y tenencia de drogas “no justificadas en razón legítima”. Este es, por así decirlo, el momento fundante de la legislación prohibicionista en nuestro país” (Gómez, 2013: 83).

La guerra contra las drogas fue declarada en la década de los ‘60 por el entonces Presidente de Estados Unidos Richard Nixon, como pretexto para el control social y el espionaje político dando nacimiento a la idea de las “nuevas amenazas” incitadas por las agencias militares estadounidenses en los territorios Latinoamericanos. De esta forma, la idea de “guerra” adoptó un sentido más literal, sobre todo en nuestros países. “El compromiso que se asumió bajo el lema “Guerra contra las drogas”, se tradujo en la expansión del régimen de prohibición y en el aumento del control e intervención de algunos estados en los mercados nacionales e internacionales de la droga” (Ibídem: 3), lo que implicó el aumento de recursos económicos, materiales y políticos. Se podría decir también que el paradigma prohibicionista estadounidense además de instalarse como hegemónico, también tiene su correlato en las legislaciones venideras de los países latinoamericanos, entre ellos Argentina.

“El nuevo postulado se ligó entonces a un despliegue de operaciones de tipo bélico, que se intentó justificar con la inclusión del tráfico de drogas en el grupo de las amenazas a la seguridad nacional. A pesar del evidente fracaso de estas políticas prohibicionistas y del gravísimo impacto en derechos humanos del paradigma bélico, esa perspectiva ha sido predominante en la Argentina” (Darraidou y otros, 2019: 124).

Siguiendo esta idea, durante los años ‘70 en nuestro país, cobra mayor relevancia la noción de “enemigo interno” como un asunto de seguridad nacional, asociado (entre otros) a la concepción de “toxicómanos” de un espectro indeseado de malas costumbres de la juventud, que ameritaba la intervención del Estado. Por ejemplo, en este sentido, durante estos años se sanciona la ley 20.771, la cual deja entrever que el abordaje prohibicionista y abstencionista era el paradigma desde el cual se regulaban los consumos de sustancias y a los consumidores. La misma establecía que “se sanciona con prisión de uno a seis años al que sin estar autorizado, tuviere en su poder; en cantidades que excedan a un uso personal, sustancias estupefacientes o materia primas destinadas a su preparación” (Ley 20.771: 1974), dejando explícita la postura en la forma de abordar la problemática por parte del Estado.

Para el año 1985, siguiendo a Ferreyra (2019), el gobierno de Raúl Alfonsín crea bajo el ala del Ministerio de Salud y Acción Social la Comisión Nacional de Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (Conconad). Al igual que su antecesor (Conatón 1972), se trataba de un organismo encargado de la coordinación de la intervención estatal ante la circulación y el consumo de sustancias, que configuraban dos aspectos distintos de una misma cuestión, dos prácticas ilegales que se retroalimentaban entre sí, y que por tanto precisaban de un combate basado en la planificación conjunta: el tráfico ilícito de sustancias y el abuso personal de las mismas.

En el año 1988 llega el turno de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas fortaleciendo la propuesta de una respuesta represiva al fenómeno de las drogas, con énfasis en la necesidad de suprimir el tráfico ilegal, erradicar las plantaciones, y sancionar penalmente todo tipo de posesión de drogas, aun para consumo personal e individual.

Un año después de la Convención y al calor de la misma, se dictó la Ley de Tenencia y Tráfico de estupefacientes N° 23.737, aún en vigencia, que establece una sanción a la tenencia de drogas para uso personal, reprimiéndolas con diversas prescripciones y hasta penas privativas de la libertad. “Lo cual torna al sistema argentino de control penal en materia de drogas más severo que lo exigido por los estándares mínimos de control criminal en las convenciones internacionales” (Mansilla, 2017: S/N).

Dicha ley tipifica entre otras conductas, la tenencia simple, la tenencia con fines de comercialización y la tenencia para consumo personal, las cuales serán castigadas a través de un sistema mixto, el cual incluye la aplicación de penas y medidas de seguridad. Es visible el posicionamiento del Estado a la hora de intervenir en cuestiones relacionadas a las adicciones ubicándolo por un lado en el registro del *delito*, y por el otro lado en el carácter de *enfermedad*. Además, una de las brechas que introducen estas nociones tienen que ver con la reproducción de la desigualdad social, entendiendo que a quienes se castiga más velozmente es a los eslabones inferiores (como los consumidores) o quienes venden drogas a pequeña escala (narcomenudeo), pero muy pocas veces se penaliza a quienes conducen los altos mandos del narcotráfico.

También la ley visibiliza una brecha que existe en muchos otros ámbitos de la vida de las mujeres: “Según estadísticas oficiales, la infracción a la Ley de Estupefacientes 23.737 se ha convertido en la primera causa de arresto entre las mujeres en nuestro país; de acuerdo a Rossi

(2001) este fenómeno ha alcanzado en 1998 a más del 51% de las mujeres detenidas” (Gomez, 2013: 5).

En el año 1989 en concordancia con la Ley 23.737, se crea a través de decreto 271/89 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (de ahora en más SEDRONAR), constituyéndose como la principal institución de los postulados de la política de drogas del país. En sus orígenes, se encontraban bajo su competencia directa, tareas vinculadas con las políticas de control de la oferta y de la demanda. El objetivo previsto para esta fue la asistencia “al Presidente de la Nación en la programación y en la coordinación de la lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas” (Decreto 1341/02). La Secretaria tenía una doble función tanto represiva como sanitaria hacia los consumidores, a la vez que se les consideraba delinquentes también se les trataba como enfermos, al igual que sus antecesoras (Conaton y Cenareso).

“Es importante remarcar que todas ellas, desde la Conaton hasta la Sedronar, adoptaron un carácter programador, preactivo de la política pública; es decir, estuvieron abocadas al “diseño” y a la “planificación”, la “coordinación” y el “asesoramiento” fundamentados por el saber técnico” (Ferreira, 2019: 50).

En 1996, a través del decreto N° 623, se le confiere a este organismo la potestad de elaborar y aprobar el Plan Federal de Prevención Integral de la Drogodependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas, el mismo “propondrá el tratamiento de las medidas que posibiliten la coordinación inmediata de políticas nacionales y provinciales en materia de prevención a la drogadicción y de lucha contra el narcotráfico” (Decreto 623/96).

Durante el transcurso de los años desde su creación, ha habido grandes discusiones en torno a sus funciones y alcances en lo referido a sus estrategias a la hora de abordar la problemática del narcotráfico y de los consumos. A partir de este momento podemos ubicar una serie de hechos que muestran un cambio con respecto a la visión de las funciones de la SEDRONAR, y la mirada del Estado (en sus tres niveles) en torno a una revisión del prohibicionismo como única alternativa.

En el 2008, el Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos Aníbal Fernández, luego de la 51° Conferencia de Estupefacientes en Viena, aseguraba que el objetivo del gobierno era la despenalización por tenencia de sustancias para consumo personal y que debía separarse la atención en salud de la criminalización, mientras que “el entonces jefe de la SEDRONAR, José Ramón Granero, quien condujo hasta diciembre de 2011 dicha secretaría,

abandonaba molesto la sala de reunión, ya que él insistía en mantener la legislación punitiva” (Touzé, 2010:4).

A su vez, Touzé (2010) agrega que la postura de la despenalización recibió un fuerte apoyo político cuando, durante la presentación de una encuesta nacional sobre consumo de drogas y ante la presencia de casi todos sus ministros, la Presidenta de la Nación, en ese momento Cristina Fernández de Kirchner, respaldó públicamente la iniciativa con esta frase: "No me gusta que se condene al que tiene una adicción como si fuera un criminal. Los que tienen que ser condenados son los que venden la sustancia" (Ibídem: 4).

Por otro lado, podemos ubicar como puntapié a la hora de pensar los avances que durante estos años se sucedieron con respecto al paradigma prohibicionista, tiene que ver con el Fallo Arriola. En 2009 la CSJN dictó un nuevo fallo declarando contrario a la Constitución nacional el delito de tenencia de drogas para consumo personal, con fundamento en la preponderancia del Artículo 19 de la CN (Derecho a la Privacidad). Si bien ello produjo cambios en la actuación de los jueces, no impactó de forma tan contundente sobre las prácticas de las fuerzas de seguridad, instalándose en nuestro país el debate de la reforma de la política de drogas.

“Esta contradicción entre norma y jurisprudencia impacta fuertemente en la eficacia de los sistemas de control y en el accionar mismo de las fuerzas de seguridad y policías en lo que hace a la operatividad del sistema y, también impacta más intensamente en los debates y posicionamientos ideológicos acerca de la conveniencia o no de mantener la penalización de dicha figura penal” (Sedronar, 2019:124).

También es importante considerar durante esta época la sanción de la Ley de Salud Mental N° 26.657 (2010), la cual inscribe a las adicciones en el campo de la salud mental y la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas para el tratamiento a los usuarios en los servicios de atención de la salud mental, para una propuesta de intervención en consumo problemático.

En este mismo sentido, Graciela Touzé (2010) describe que en el año 2010 a partir del Decreto 457 se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones dependiente del Ministerio de Salud. En los considerandos, se señala la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones. El punto crucial del decreto se refiere a principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental y a que los tratamientos de las adicciones deberán basarse en una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinario de atención, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario, según el texto de la norma.

Desde finales del año 2011, con el cambio de titular de la SEDRONAR el Cura Juan Carlos Molina cambia la mirada, ya que la misma comienza a seguir los lineamientos tanto de la Ley de Salud Mental (2010) y el Plan Nacional de Salud Mental. La Secretaría comienza a demostrar un rumbo de trabajo diferente en cuanto al abordaje del consumo de sustancias, al comprender “que el consumo es una problemática que involucra a todo el entramado social, y por lo tanto es necesario promover espacios de integración y reconstrucción del tejido comunitario” (SEDRONAR, Manual CET. Presidencia de la Nación, 2014). Es en esta línea que se crea el Programa Recuperar Inclusión (PRI) que se proyectaba en la creación de mecanismos de contención hacia las personas que se encuentran en situaciones de consumo problemático, su objetivo fue generar dispositivos integrales y gratuitos para la prevención, atención e inclusión social de las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático en condiciones de vulnerabilidad social a través del trabajo conjunto del Estado y la comunidad, asegurando el derecho a la salud y el goce de sus derechos humanos.

“En coherencia con esa perspectiva normativa, la modalidad de abordaje propuesta por el PRI buscaría fortalecer la “red de asistencia territorial” en relación con la cuestión de las “adicciones” a partir de la promoción de la articulación entre las diversas instituciones presentes en cada espacio local (hospitales generales, fundaciones, instituciones religiosas, deportivas y culturales) y la creación de nuevos establecimientos estatales. Por un lado, las denominadas “Casas de medio camino”, dispositivos de atención con capacidad de realizar internaciones por “períodos cortos” incentivando el mantenimiento de “vínculos personales y comunitarios” y, por el otro lado, las “Casa de día”, centros de asistencia ambulatoria, ambos auspiciados por el proceso de revalorización de los espacios locales de atención ya descripto” (Ferreira, 2019: 60).

Como se puede observar, la SEDRONAR deja de tener funciones en materia de seguridad (Decreto 48/2014) en cuanto a políticas de control de oferta relacionados a la “lucha contra el narcotráfico” (quedando ésta a cargo del Ministerio de Seguridad), encargándose en adelante de las funciones de prevención, capacitación y asistencia de las adicciones. En ese sentido el mismo Estado se ve obligado por el contexto social a realizar otra oferta con los abordajes en consumos. Este cambio permitió realizar una separación del paradigma represivo del paradigma de salud pública, quedando entre las funciones del organismo la reducción de la demanda de drogas, la prevención, capacitación y asistencia, en lo relativo al consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En concordancia con esta idea en el año 2014 se crea el Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos (IACOP)⁴, la cual no sólo introduce una nueva noción de qué son los consumos problemáticos, sino que busca prevenirlos, asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita, e integrar y amparar socialmente a los consumidores.

A lo largo de los años la SEDRONAR fue sufriendo una serie de modificaciones en su estructura hasta el año 2017 que pasa a llamarse “Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas”⁵ aunque siguió manteniendo su sigla original debido a su gran reconocimiento (en cuanto a su nombre) no solo a nivel nacional sino también internacional. A través de este cambio se intentó reflejar las modificaciones que fue teniendo a lo largo de los años desde su creación.

En este sentido, entendemos que los diferentes modelos de comprensión y abordaje de la problemática coexisten, profundizando la complejidad de la intervención sobre la misma, y quedando siempre sujeto a quién gobierne. Así por ejemplo, siguiendo a Darraidou y otros (2019), podemos decir que si bien el gobierno de Mauricio Macri realiza el cambio de nombre de la Secretaría, entendemos que a su vez profundizó la criminalización de les usuaries debido a la vuelta a un discurso público de lucha contra el narcotráfico potenciando la idea bélica, condicionando las estrategias del organismo a través de enormes recortes presupuestarios que no quedaron en lo discursivo, sino que influyeron en el cierre de dispositivos de atención.⁶

Este recorrido realizado nos demuestra que entre los años 2005 - 2015 se llevaron a cabo en nuestro país, una serie de políticas relacionadas a la problemática que posibilitaron algunos cambios importantes al momento de concebirla, donde el enfoque de derechos fue disputando espacio y poder a las políticas tradicionalmente prohibicionistas. Podemos decir que hubo un viraje en la forma de pensar las políticas de drogas y consumos problemáticos hacia un paradigma de reducción de riesgos y daños. Esta última, siguiendo a Intercambios A.C “tiene como primer objetivo disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, y a partir de allí, construir conjuntamente con el sujeto que demanda objetivos de mayor complejidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas. Las estrategias de **reducción de daños** se han ocupado no sólo de las prácticas individuales de los usuarios de drogas, sino de comprender las condiciones de vulnerabilidad de los sujetos para desarrollar intervenciones

⁴ Plan Integral para el Abordaje de los consumos problemáticos, Ley N° 26.934. Visto el 22/09/2020 en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>

⁵ “La SEDRONAR cambia de nombre y de funciones” Diario Clarin, visto el 20/09/2020 en https://www.clarin.com/politica/sedronar-cambia-nombre-funciones_0_Hy4-6CLLe.html

⁶ Esteban Wood “Recortes presupuestarios en la SEDRONAR”. INFOBAE. Visto el 22/09/202 en: <https://www.infobae.com/opinion/2016/09/02/recortes-presupuestarios-en-la-sedronar/>

apropiadas, y establecer relaciones específicas de cuidado y reciprocidad entre los individuos y los grupos en los contextos de uso de drogas”⁷ (Sitio Web Intercambios A.C).

Este modelo se define a partir de la demostración de la imposibilidad del abstencionismo propuesto por el paradigma prohibicionista de evitar su consumo, como también del reconocimiento del sujeto que decide continuar con su consumo y la necesidad de minimizar el daño que dicho consumo produce en el sujeto y/o en otros promoviendo derechos, hábitos saludables y de higiene (SEDRONAR, 2015).

Tal como hemos desarrollado durante esa década se han sancionado leyes que comenzaron a problematizar y entender al consumo de sustancias desde una mirada multidimensional con sus complejidades, tratando de hacer una distinción entre consumo responsable (entendiéndose al mismo como regular o esporádico) y consumo problemático, para poder ser abordados desde enfoques que tengan en cuenta los derechos humanos, la reducción de daños, la prevención y un abordaje integral en salud hacia las personas. En ese sentido, entendemos que se debe a un cambio de paradigma que transforma la misma concepción del *sujeto* cobrando mayor relevancia por sobre la idea anterior de *objeto* como el acto delictivo de consumir drogas. Dicho cambio posibilita la idea de comprender a quienes consumen atravesados por una historia de vida, con mandatos y expectativas construidas a partir de su género, y moldeados por su realidad cotidiana.

2.3 ¿Cuándo un consumo de sustancias se torna un problema?

En el marco anteriormente mencionado, el consumo problemático de sustancias psicoactivas no puede ser considerado de manera aislada o dissociada de un contexto que promueve el consumo, sino que, por el contrario, se encuentra atravesado por múltiples factores que le otorgan una gran complejidad. Si hablamos de consumo problemático, bien podríamos inferir que existen consumos que no son problemáticos. En efecto, teóricamente, hay consumos que tienen cierto grado de moderación que podrían no afectar de manera significativa áreas fundamentales de la vida de una persona.

En ese sentido, creemos pertinente poder analizar las razones por las cuales los consumos de sustancias legales o ilegales se tornan problemáticos en términos de afectación subjetiva, física y social en el sujeto. En este sentido, Graciela Touzé plantea que hay distintas formas

⁷ Intercambios A.C. ¿Qué es Reducción de Daños? Visto el 26/09/202 en <http://intercambios.org.ar/es/biblioteca/reduccion-de-danos-2#1473881649828-bb7daa4d-e76d>

de vincularse con las drogas, y cualesquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un uso problemático, definido como “aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona: a) su salud física o mental; b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); y d) sus relaciones con la ley” (Touzé, 2010: 34). De esta manera se entiende entonces al consumo problemático como el momento en el que la relación de la persona con el objeto de consumo se configura de dependencia, y en la que entran en juego variables como la frecuencia y la cantidad.

Según la Ley 26.937 (2014) denominada “Plan Integral de abordaje de los consumos problemáticos”⁸ se entiende por consumo problemático a “aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

Las personas entablan distintos tipos de vínculos con las sustancias, conductas o prácticas y no todos necesariamente devienen problemáticos o se desarrollan como adicciones. Es más, la mayoría de los sujetos que consumen sustancias o llevan a cabo determinadas prácticas no establecen una relación adictiva con las mismas. En este sentido, clásicamente se suele diferenciar entre uso, abuso y dependencia o adicción:

- Uso: el mismo puede o no llevar a situaciones adictivas, sin embargo ese uso puede inducir a la persona a situaciones problemáticas. (Por ejemplo, consumir alcohol y manejar un vehículo).
- Abuso: es otra manera de entablar vínculos con la sustancia o de llevar a cabo ciertas conductas. El abuso puede producir consecuencias negativas en el sujeto a nivel integral. Por ejemplo, manipular o excederse con un fármaco prescrito por un médico sin respetar las consignas dadas por el profesional. En ese caso, estamos frente a un abuso de esa sustancia, y no ya de un uso.
- Dependencia o adicción: es la dependencia del sujeto a una sustancia o un determinado comportamiento. Las *adicciones* se dan cuando las personas sienten

⁸ La desarrollaremos con mayor detenimiento en las siguientes hojas.

que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. Es preciso tener claro que la adicción siempre es problemática (SEDRONAR, 2019: 25).

Es necesario aclarar que las sustancias a las que aquí nos referimos son tanto las consideradas ilegales como las legales, ya que si bien sabemos que sustancias como el alcohol, el tabaco o diversos fármacos, son legales y de venta libre, aun así pueden generar dependencia en quienes lo consumen. Sin embargo, volviendo a la idea de representaciones y percepciones sociales, aquellas consideradas ilegales son portadoras de un estigma⁹ totalmente diferente a las que llamamos legales. Las ilegales son las socialmente prohibidas cuya producción y distribución se realizan a través de un circuito ilegal y clandestino.

“El rechazo o la aceptación de una sustancia por parte de la sociedad no se relaciona necesariamente con los efectos farmacológicos de esa sustancia, ni con los daños que puede producir, sino fundamentalmente con la historia y la cultura” (Touzé, 2010: 30).

Esta concepción de sustancia y de dependencia que puede tener el individuo a la misma, nos aleja de una mirada tradicional respecto del consumo, ya que el foco no está puesto en el sujeto, ni en la sustancia, ni tampoco solitariamente en el contexto, sino que lo entendemos desde una mirada integral que sitúa al sujeto en relación con el objeto en un entorno determinado.

Decimos que el *individuo* no es el problema, porque interpretamos que en primer lugar el sujeto no es paciente, sino que en todo caso debería presentarse como usuario, y tampoco es un ser individual, aislado o asocial. La *sustancia* de igual modo, no puede ser entendida como foco desde el cual parte el problema, ni que hay algo en ella que determina lo que ocurre con el sujeto, sino que debería ser vista como emergente de otros problemas. Por último, comprender al *contexto* no como el único determinante social ya que sino bastaría con cambiar el ambiente en el que viven las personas para lograr que modifiquen sus hábitos de consumo, de esta forma se caería en la idea de que son determinadas poblaciones las que están en riesgo.

Si bien entendemos que no es ni el usuario/a de drogas, ni la sustancia en sí, y tampoco el contexto social aislado, porque ninguno de estos por sí solo tiene peso a la hora de pensar por qué razones un sujeto consume drogas ni tampoco por qué no puede dejar de hacerlo, es necesario también poder dar cuenta de que lo que conduce a una persona a consumir drogas es

⁹ Se presenta para Goffman como un “atributo profundamente desacreditador en las interacciones sociales, en el cual lo fundamental es la connotación social que tiene ese atributo, no el atributo en sí” (Vidal Pollarolo; 2002, 1).

el resultado de múltiples determinaciones que conllevan un análisis más profundo ya que estos aspectos no pueden ser considerados aisladamente, sino que es necesario comprenderlos desde su interacción.¹⁰

Teniendo en cuenta la historización que realizamos acerca de cómo se ha concebido a lo largo del tiempo a los consumidores de sustancias, nos parece importante situar también cuáles son los modelos de abordajes en nuestro país, fundamentalmente para la SEDRONAR.

2.3 Modelos de abordaje en Argentina en relación al consumo problemático

Como explicamos anteriormente, el consumo problemático de sustancias se constituye como complejo al estar atravesado por múltiples determinaciones: sociales, individuales, económicas, y culturales, y a su vez, su abordaje adquiere sentido en los contextos históricos en los que se los analice.

A lo largo del tiempo se han ido configurando distintos modelos de abordaje de los consumos, los cuales no fueron desapareciendo frente al establecimiento de un nuevo modelo, sino que subsisten en la actualidad, presentando entre algunos ciertas tensiones y contradicciones. Cada uno de ellos le otorga cierto significado concreto a la interacción entre los tres elementos ya explicitados: sujeto, sustancia y contexto constituyendo conceptualizaciones que colaboran al momento de identificar las relaciones entre estos elementos.

Para pensar los abordajes existentes actualmente en relación al CPS creemos de importancia entender a estos desde el paradigma de la complejidad que nos permite comprender los factores económicos, sociales y culturales que están relacionados con el consumo problemático y comprenderlos desde la multidimensionalidad que hace a los sujetos. Comprender el consumo de drogas desde la complejidad implica reconocer que existen al menos tres factores que entran en juego a la hora de entender los consumos de sustancias: el sujeto (consumidor), la sustancia y el contexto o entorno social-situacional.

Esta perspectiva que adoptamos del *paradigma de la complejidad*, siguiendo a Edgar Morin (1990) no trataría de entender la problemática como una complicación sino más bien desde la diversidad, como una red de acciones y eventos que constituyen a ésta. Es así que poder analizar la problemática con los lentes del pensamiento complejo nos permite pensar que

¹⁰ Esta idea asociada al paradigma de la complejidad la desarrollaremos hacia el final de este capítulo.

no es posible entenderlo desde la simplicidad sino que se trata de una lectura que considere todas las variables formas en que se pueden relacionar e intervienen a la hora de abordar los consumos problemáticos de sustancias. Fundamentalmente también entendemos que es necesario abordar al consumo problemático desde el paradigma de la complejidad porque las diferentes experiencias de las últimas décadas nos han demostrado que las otras maneras de abordarlos no sólo no han sido suficientes, sino que han tenido consecuencias negativas.

Podemos decir que el posicionamiento desde el pensamiento complejo en diversas disciplinas (no solamente a la hora de analizar los consumos problemáticos de sustancias) se basa en partir desde el reconocimiento de que la realidad es compleja y que por lo tanto, no puede contemplarse desde un pensamiento disyuntivo, reduccionista, simplificador y acrítico, sino que lo que se plantea es poder “revisar” las situaciones desde una visión holística e integrada, que contemple diversas perspectivas.

Siguiendo a la SEDRONAR, fue Helen Nowlis quien en “La verdad sobre la droga” (1975), planteó ante la UNESCO la existencia de cuatro modelos de prevención sobre la base de la combinación de las tres dimensiones involucradas: sujetos, contextos y sustancias. Sin embargo, la forma actual de entender y/o abordar al CPS es producto de un largo camino recorrido, donde se ha logrado problematizar y cuestionar ciertas aseveraciones, con el fin de poder avanzar en términos de ideas, percepciones y maneras de abordaje. En ese sentido, recurrimos al paradigma de la complejidad justamente para poder dar cuenta de que estos distintos modelos de abordaje que se conocen coexisten en la realidad. A continuación los caracterizaremos:

Modelo Ético - Jurídico: centra su eje en las sustancias consideradas ilícitas, donde el agente causal de las adicciones es la “droga”, por lo cual le sujeta para esta perspectiva quedaría en un plano pasivo, siendo la sustancia quien tendría el rol de activo. Sin embargo, este modelo a la vez que entiende al sujeto como pasivo también lo hace como delincuente/desviado, ya que el acto mismo del consumo de sustancias ilícitas es un acto delictivo, por lo cual le sujeta queda comprendido como transgresor, delincuente, merecedor del castigo penal.

“Este modelo se sitúa en la lógica punitiva a través de dos vertientes: a) la reducción de la oferta destinada al narcotráfico mediante la prohibición de la oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta de las sustancias ilícitas; b) la reducción de la demanda penalizando al consumidor. La posesión -individual o en común- de la sustancia e incluso, en ciertas circunstancias, la posesión de material o instrumentos para su uso” (SEDRONAR, 2019: 32).

Modelo Médico - Sanitario: este responde a la idea de que la sustancia actuaría como cualquier otro virus infeccioso, de la cual el sujeto debería recuperarse, tomando al igual que el anterior modelo un rol pasivo de su relación con la sustancia. En este modelo no se realiza ninguna distinción entre un consumo ordinario de otro problemático, de modo que cualquier consumo de sustancias psicoactivas causaría dependencia.

“En este modelo la estrategia se dirige a la reducción de la demanda mediante la prevención específica, evitando el consumo de sustancia tanto lícitas como ilícitas y privilegiando la abstinencia como condición.” (Ibídem: 32)

Modelo Psico - Social: A diferencia de los otros dos modelos mencionados, este enfoque enfatiza en el sujeto como agente activo dentro de la “triada contexto-sustancia-sujeto”, aquí el eje está enfocado en su relación con la sustancia, donde es considerado como un enfermo pero la enfermedad vista desde la idea de una “enfermedad mental”, entendiendo a la adicción como un trastorno de conducta, no distinguiendo las diferencias entre las sustancias y enfocando solo en la relación que establece el sujeto con ellas. A su vez este modelo otorga vital importancia al contexto entendido como el entorno inmediato, el cual puede actuar para bien o mal, “para la cura se sostiene la necesidad de crear más centros de asistencia y tratamiento excluyendo al sujeto del contexto que lo enferma.” (Ibídem: 33)

Modelo Sociocultural: en este modelo se asigna importancia al contexto histórico, social y cultural en el que el sujeto se relaciona de diferentes maneras con las sustancias en el fenómeno del consumo de drogas, por lo cual el lugar y la forma en que se asigna importancia a la sustancia variará según los macro y micro contextos histórico y culturales, por lo cual este modelo sitúa al consumo como un síntoma social contemporáneo.

Por último creemos de importancia también el modelo que propone y sostiene la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) en nuestro país, siendo ésta la perspectiva desde la cual tomamos posición. La misma sostiene una perspectiva Relacional y Multidimensional, entendiendo que es necesario dejar a un lado el hecho de centrarse en cada una de los constituyentes de la problemática y mirar desde una perspectiva relacional, haciendo especial hincapié en la complejidad que se da en la relación de la triada sustancia - contexto - sujeto, abordando desde una mirada integral, interdisciplinar, y colectiva en el cruce de los campos de entendimiento y sus relaciones, pensando desde lo multidimensional, propiciando un abordaje integral del consumo problemático. “Esta perspectiva se nutre del paradigma de la complejidad, donde las acciones de prevención tienen en cuenta la mayor cantidad de aspectos que supone una determinada situación: el sujeto, su entorno y su historia, los vínculos, las redes

con las que cuenta, el contexto en el cual está inserto, entre otros factores. Estos aspectos no pueden considerarse aisladamente, sino que precisan analizarse desde su interacción” (Ibídem: 34).

Tal como hemos mencionado anteriormente, los distintos modelos aquí presentados, en su práctica no se dan de forma aislada con respecto a los otros, sino que conviven y hasta se entrecruzan en los distintos dispositivos y/o instituciones que abordan la problemática del consumo de sustancias, por lo cual en el siguiente apartado trataremos de ubicar a los distintos dispositivos que abordan a la temática. De esta forma, podemos entender que en APS esta convivencia de los distintos modelos se hacen presentes generando un modelo al que podemos considerar *híbrido*, ya que existe un entrecruzamiento de los mismos que se van modificando y nutriendo a lo largo del tiempo en los distintos contextos históricos, sociales y políticos. Así, actualmente este híbrido se encuentra representado parcialmente por el Modelo Ético-Jurídico en tanto sienta las bases de la política pública en salud, ya que las leyes de nuestro país continúan adoptando la perspectiva prohibicionista la cual se hace carne también en la atención a la salud. Por otro lado entendemos que este híbrido está representado, en lo que respecta a consumos problemáticos, por las diferentes actores que hacen al nivel de atención. En ese sentido reconocemos tanto la presencia del Modelo Médico-Sanitario el cual se hace visible a la hora de correr al sujeto de la responsabilidad de su tratamiento, invisibilizándole como parte central del mismo, como también al Modelo Psico-Social que al contrario del anterior enfatiza al sujeto en relación con la sustancia y las consecuencias de dicho vínculo. En APS podemos decir que en los últimos años comenzaron a emerger y ganar terreno el Modelo Socio-Cultural y el Modelo Relacional y Multidimensional, gracias a la incorporación del paradigma de la complejidad en los estudios de la salud.

2.4 Dispositivos que abordan la problemática en la Ciudad de Rosario

En el siguiente y último apartado nos hemos propuesto hacer una breve presentación de las instituciones estatales y de las organizaciones civiles y sociales que abordan la problemática del consumo de sustancias en dispositivos de atención en el territorio de Rosario con el fin de lograr una esquematización de sus fines, y las perspectivas que adoptan. Para aproximarnos a dicho objetivo, creemos necesario en primer lugar situar que en nuestra ciudad la atención a la salud primaria se encuentra diversificada territorialmente como explicamos anteriormente en el primer capítulo. En lo que a los abordajes de los consumos respecta, la APS muchas veces se presenta como la primera aproximación del usuario con el sistema de salud, y es a partir de

este acercamiento que se constituye la posibilidad de trabajar con el usuario y de integrarlo en los dispositivos que trabajan con la problemática. Es por eso que nos parece conveniente aclarar que nuestro análisis va a estar dirigido a revisar los dispositivos que oferta el Estado a la población, por lo tanto nos posicionaremos desde una perspectiva Estadocentrista.¹¹

A continuación presentaremos los diferentes dispositivos con los que desde Atención Primaria de la Salud se trabaja en Rosario, con referencia e interacción con los Centros de Salud, instituciones barriales, CCB, organizaciones sociales, que pueden derivar usuarios ya referenciados o trabajar con demanda espontánea.

En la Provincia de Santa Fe se encuentra la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) que, “fue creada a través del Decreto 304/19. Su objetivo es la implementación de las políticas públicas en materia de consumos problemáticos y adicciones, mediante la articulación de acciones y coordinación técnica-operativa con las diferentes jurisdicciones y los diversos actores sociales, atendiendo de manera prioritaria a aquellos sujetos que configuran grupos de mayor vulnerabilidad.

Para ello se requiere del diseño, coordinación y evaluación de las políticas que, en materia de consumos problemáticos y adicciones, se desarrollen desde las gestiones públicas y privadas en el ámbito de la provincia de Santa Fe, con el objetivo de favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto, priorizando la promoción, prevención e inclusión social de los sujetos en situación de vulnerabilidad.

La Agencia impulsa sus acciones en el marco de lo dispuesto por la Ley Nacional N° 26.934, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos -IACOP, Ley Nacional N.º 26.657 de Salud Mental y Adicciones, Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Provincial N.º 12.967 de Promoción y Protección Integral para todo sujeto menor de 18 años que padezca algún consumo problemático o adicción.

La Agencia trabaja en forma coordinada y en corresponsabilidad con otras áreas del Estado y la sociedad civil, en la prevención y el abordaje de situaciones de consumo, propiciando la construcción de una Red Provincial, georeferenciada en tres macro regiones, en las cuales se encuentra Rosario dentro de la región Sur” (Provincia de Santa Fe).

¹¹ En contraposición a la mercantilización de la salud y haciendo hincapié en la esfera política-estatal de la toma de decisiones.

El acceso a los tratamientos por parte de los usuarios se da a través de convenios de la Provincia con organizaciones sociales y civiles que trabajan la problemática. A continuación nombraremos a los mismos y a la población con la que trabajan diferenciada según el género.

- “Esperanza de vida” solo atiende a población masculina.
- “Vínculo” es un Centro de Día de abordajes terapéuticos desde la psicología social con hombres y mujeres.
- “Nazareth” es una institución religiosa que tiene un área de género, atendiendo a hombres, mujeres y población trans.
- “Programa Andrés” que cuenta con múltiples dispositivos para toda la población, incluido el colectivo trans.
- “Maranata” es una organización civil, que actualmente trabaja solo con varones. Anteriormente contaban con un dispositivo para mujeres pero fue cerrado en el 2016.
- “Crea” es una organización religiosa que cuenta con un dispositivo mixto.
- “Cooperativa de Trabajo Comunitas” se encuentra co-gestionada por el Estado provincial a través de subsidios y trabajan con personas trans y mujeres.
- “Unidos todos” funciona a través de un convenio del Ministerio de Desarrollo de la Provincia, y posee un Centro de Día para juventudes trans. Dicho convenio fue firmado durante el mes de Noviembre del 2020.
- “SEDHA” es un Centro de Día y atiende a toda la población.

En lo que respecta a las instituciones que en Rosario trabajan articuladamente con la SEDRONAR se encuentran los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (**DIAT**) que dependen de la misma, estos se encuentran en diferentes puntos del país (incluida Rosario). Son definidos como “centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio y cuya gestión se encuentra a cargo de Asociaciones Civiles, Organizaciones No Gubernamentales, Municipios o Provincias dirigido a personas sin cobertura médica en situación de vulnerabilidad frente a las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias” (Resolución 150 - E/2017). Mientras que la Sedronar aporta aquellos lineamientos más generales en torno a la gestión local de los consumos, en conjunto con capacitaciones y recursos humanos, la cogestión local aporta los materiales del quehacer cotidiano, sumando la mirada local, con anclaje territorial.

En Rosario, “El dispositivo se origina en el año 2014, “cuando la Sedronar decide por primera vez en la historia”, pasar de una lógica de dispositivo centralizado sólo en Buenos Aires a realizar dispositivos territoriales en todo el país, esto fue a través de la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Iacop)” (Lorenzo, 2019: 53).

Los DIAT proponen una intervención en términos integrales, a la posibilidad de brindar respuestas que logren ubicar al padecimiento ocasionado por vulneraciones históricas que imposibilitan la construcción de proyectos y la inclusión comunitaria. Dicha intervención implica un anclaje territorial que habilite la visibilidad de los problemas de la comunidad, a la vez que promueve lazos de confianza y reconocimiento. Esta concepción permite la continuidad y el fortalecimiento de las redes afectivas, familiares, laborales, educativas y comunitarias.

A su vez consideramos importante aclarar que tal como lo justifica el Manual del SEDRONAR (2019) llamado “Modelo de Abordaje Integral Territorial de los Consumos Problemáticos. Una experiencia de política pública”, los DIAT nacen con el objetivo de superar las dificultades en el abordaje integral como política pública, por lo cual los dispositivos que existían con anterioridad a éste, (CET, CEPLA y programa PAIS) son fusionados y unificados bajo los DIAT para poder unificar las tareas destinadas a la prevención, la promoción, la inclusión comunitaria y la asistencia que, hasta entonces, se ofrecían de manera fragmentada. Motivo por el cual actualmente en Rosario, se encuentran funcionando 2 dispositivos: uno en Barrio La Sexta y otro en Triángulo y Moderno.

A la hora de llevar a cabo las intervenciones, siguiendo al Manual de Orientaciones para el Abordaje de la Sedronar (2018), podemos decir que los equipos interdisciplinarios siguen los lineamientos generales de la Sedronar, guiados legalmente por la Ley de Salud Mental (26.657), la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (20.061)¹², y el Plan Iacop (26.934).

Siguiendo a Lorenzo (2019) otra de las fuentes teóricas que guían al abordaje son la restitución de derechos y la reducción de vulnerabilidades siguiendo la perspectiva de la reducción de daños, para intentar que la institución no se presente como expulsiva, ni tampoco que busque poner el eje en la sustancia, sino que se entiende que las razones por las que una persona consume son diversas y multicausales, asociadas a amplias problemáticas como la pobreza y el territorio. Lo que se busca a rasgos generales tiene que ver no con que la persona

¹² Visto en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm> el 28/09/2020

deje de consumir, sino que tenga un proyecto de vida al cual llegar, trabajando a través de tratamientos ambulatorio, “ya que cualquier cuestión en contra de la voluntad del usuario está destinada al fracaso, y solamente puede ser utilizada en cuestiones donde corre peligro la persona o terceros, y tiene que ser por el menor tiempo posible porque ésa es la ley” (Ibídem: 55).

Además de los DIAT en Rosario funcionan las Casas de Asistencia y acompañamiento Comunitario (CAAC) a las que se denominan de “umbral mínimo” debido a que “Las prestaciones asistenciales de estas Casas consisten en talleres de capacitación en oficios, grupos terapéuticos y de acogida, de inclusión educativa, espacios de escucha y contención, actividades recreativas y deportivas entre otras; y están centradas en la situación e intereses de cada persona, en el fortalecimiento de su red familiar y comunitaria...Las CAACs pueden ser definidas como espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias. Se trata de lugares de encuentro concretos, tangibles y accesibles que funcionan como “puerta de entrada” para el inicio de procesos de recuperación e inclusión social y que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad” (SEDRONAR, 2019: 4).

En Rosario, SEDRONAR también posee convenio con una institución religiosa llamada “Padre Misericordioso” que cuenta con múltiples dispositivos de prevención, asistencia e inserción destinado a toda la población con talleres particularizados para mujeres y/o población trans.

Por otro lado, otra institución que queremos abordar es La Estación que depende de la Municipalidad de Rosario. La misma nace en el año 2016 como “espacio de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas. Su objetivo es asesorar, atender e intervenir desde una mirada integral a demandas vinculadas a los consumos, sostenida por una serie de dispositivos en un engranaje intersectorial e interdisciplinario. La orientación de las intervenciones se centra en el sujeto como actor de su propio proyecto de vida.” (Sitio web de Municipalidad de Rosario).

La misma trabaja tanto con la atención a la demanda espontánea, como también en la elaboración de estrategias con otras instituciones que requieran un trabajo en conjunto para el abordaje de los consumos. Funciona como un espacio de referencia, pensando en el trabajo con cada usuaria a partir de un proceso de acompañamiento, partiendo de un modelo

multidimensional sostenido en tres factores: sustancia, sujeto y contexto, que se articulan a partir del escenario, permitiendo elaborar estrategias de abordaje complejas que se sostengan en la intersectorialidad, la integralidad y la interdisciplina. Como expresa Lorenzo (2019) la escucha se presenta como una dimensión importante a tener en cuenta, para construir una primera lectura, una primera evaluación, para luego comenzar a elaborar la dimensión terapéutica y el tratamiento.

Si bien la institución trabaja bajo la modalidad ambulatoria, a su vez articula “con otras instituciones como el Programa Andrés que cuenta con un centro de noche y si un joven que está en tratamiento con la Estación necesita alojamiento, se efectúa el ingreso allí, pero se continúa con el seguimiento de la situación” (Ibídem: 52).

Al igual que el DIAT, La Estación trabaja desde un enfoque de reducción de daños/riesgo, es decir que los abordajes se piensan a partir de 2 lineamientos: prevención y tratamiento concibiendo a la salud como derecho, y a las personas consumidoras como sujetos de derecho. “Los tratamientos se basan en metodologías que alojan y trabajan sobre el sufrimiento, el malestar, las limitaciones en el proyecto de vida posible de cada persona, como así también en la deshabituación” (Sitio Web Municipalidad de Rosario).

Para finalizar este apartado, creemos importante remarcar que durante el proceso de recabación de información para la elaboración del análisis de los dispositivos, no hemos podido encontrar abordajes que estén diseñados bajo la perspectiva de género o dirigidos específicamente hacia mujeres y/o disidencias sexuales. Esto lo podemos ver en esta entrevista que realiza Lorenzo (2019) en donde el co-coordinador expresa lo siguiente:

”En cuanto a la población de mujeres es muy poca la cantidad que se asiste, y desde la institución sostiene que para nosotros una perspectiva de género en una institución como la nuestra básicamente, es que si hay en la mesa del desayuno hay una joven y un joven y los dos están angustiados, nosotros tenemos que priorizar a la mujer” (Ibídem: 53).

La cita expuesta refleja para nosotras, una clara falta de perspectiva de género a la hora de abordar el consumo problemático, debido a que la forma en que se toma a la perspectiva es desde una idea de que una mujer por el hecho de ser mujer al estar angustiada requiere de mayor priorización para abordar el problema. Para nosotras al momento de abordar una problemática del consumo desde la perspectiva de género no está en priorizar a una mujer y/o identidad feminizada por sobre un varón / identidad masculinizada, sino que al momento del conocimiento de la situación, en el abordaje y formulación de estrategias sean entendidas bajo las particularidades y singularidades del ser mujer/identidad feminizada en la sociedad actual

y en situación de consumo problemático. Sin embargo, este tema será desarrollado en mayor profundidad en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III

Consumo de drogas: El género sí importa

En el presente capítulo buscaremos comprender la problemática del consumo en clave feminista, para poder dar cuenta de cuáles son los condicionantes que las mujeres atraviesan a la hora de acceder a un tratamiento de consumo. Para ello nos detendremos en la conceptualización del género, los roles, los estereotipos, y los mandatos, también atravesados por una perspectiva de clase. A su vez, ubicaremos el lugar clave de la profesión a la hora de pensar la problemática.

3.1 Género como categoría de análisis: ¿de qué se trata?

En primer lugar, para comenzar este capítulo, nos resulta necesario aclarar que la mayoría de las investigaciones que hemos encontrado que estudian los consumos problemáticos atravesados por el género, lo hacen a partir de entender al mismo exclusivamente como un concepto que solo incluye a las mujeres, por lo tanto nuestro estudio estará principalmente enmarcado en la problemática de consumo que atraviesan las mujeres.

Sin embargo, nos es importante aclarar que el término entendido de esta forma: género=mujer, además de ser utilizado erróneamente, excluye a las disidencias sexuales.¹³ En tal punto coincidimos con el informe de la Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias (ASECEDI) quienes sostienen que “Una de las primeras observaciones que debemos hacer es que identificamos género con mujeres, y quizá ese sea el principal problema en drogodependencias y otros ámbitos de conocimiento e intervención: se está estableciendo un sinónimo entre género y mujer” (Redondo, 2008: 30).

De esta manera, es necesario conceptualizar de qué se trata el género y por qué hablaremos por un lado de un acentuado estudio androcentrista a la hora de analizar la elaboración y ejecución de políticas públicas que intentan dar respuesta a la atención de consumos problemáticos. Mientras que por otro lado, dicho concepto nos facilitará entender el

¹³ Si bien consideramos que el término diversidad sexual es mayormente utilizado dentro del ámbito académico, es necesario repensar su uso a futuro a la hora de hacer referencia a los cuerpos y sexualidades no normativas, anulando las relaciones de poder existentes. La expresión presupone convivencia y tolerancia, lo cual entendemos que invisibiliza la tradición de lucha en contra de la homolesbotransfobia. Por lo tanto, decidimos utilizar la categoría ‘disidencia sexual’ ya que denota una resistencia continua al heterocispatriarcado y a la heterocisnorma.

ocultamiento y las desigualdades por las que atraviesan las mujeres a la hora de buscar acceder y permanecer en un dispositivo de tratamiento a los consumos.

Siguiendo a Joan Scott, pionera en lograr una categorización del género de forma unificada, lo entiende como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género, es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996: 23). De esta forma la autora nos trae algo esencial a la hora de entenderlo ya que nos incorpora las nociones de relaciones sociales y de poder como categorías constitutivas para comprender las distinciones existentes entre sexo-genero.

El género no siempre se constituye de forma coherente o consciente en contextos históricos distintos de manera homogénea, porque “se entrecruza con modalidades raciales, de clase, étnicas, sexuales y regionales de identidades discursivamente constituidas” (Butler, 2016: 49). De esta manera, creemos que al género no se lo puede escindir de lo político y de lo cultural, ya que lo producen y sostienen a través de mecanismos de construcción de representaciones simbólicas y sociales.

Sin embargo, lo que comparten las distintas sociedades alrededor del mundo es que organizan sus estructuras en torno a la diferencia sexual y al binarismo de género. La anatomía y su consiguiente asignación de género “se interpreta como una diferencia sustantiva que marca el destino de las personas” (Lamas, 1996: 09).

Esta forma de diferenciar a los géneros según el sexo asignado al nacer (pene-masculino o vulva-femenino) es una de las primeras formas de desigualdad, sostenida a través de lo biológico, y para la asignación de roles específicos para cada uno (mujer = maternidad, esposa, ámbito privado y por otro lado, hombre = proveedor, fuerte y vinculado a lo público). Las características que conforman lo que es ser un sujetx femenino o masculino, se asumen mediante un complejo proceso individual y social entendido por Marta Lamas como “proceso de adquisición de género” (Ibídem: 116).

A partir de esta idea, nos permite entender de qué manera el género ha sido entendido como una construcción cultural y no natural, y de qué forma a través de lo biológico, entendido como invariable y estático, se ha construido toda una categorización que conforman la asignación, identidad, y roles de género.

Lamas (ibídem: 113), plantea que esta categoría articula tres instancias:

- La asignación de género: lo que significa que al momento del nacimiento se asigna un género a la persona recién nacida en base a la observación directa a sus genitales.

- La identidad de género: Su desarrollo comienza en los primeros años de vida y es a partir de esta identidad que las personas organizan sus vivencias en base a preferencias, gustos, expresiones y costumbres. Socialmente se espera que la identidad de género coincida con la relación sexo-genérica establecida al nacer. La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, no es algo natural, sino una construcción cultural que se modifica con el paso del tiempo; construcción que condiciona de manera importante los comportamientos, las actitudes y percepciones de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres.

- El rol de género: está determinado socioculturalmente en base a la pertenencia a un género u otro. Son los comportamientos que las demás personas esperan según sea el género asignado. Por su parte, Judith Butler (2016) nos ayuda a comprender mejor esta concepción al incorporar una teoría fundamental dentro de los feminismos, sosteniendo que si “se refuta el carácter invariable del sexo, quizás esta construcción denominada sexo esté tan culturalmente construida como el género, de hecho, quizás siempre fue el género con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal” (Ibídem:55) por lo cual ya no podría sustentarse dicha diferenciación a través de lo que se conoce popularmente como biología es igual a destino, sino que es la misma cultura la que genera esa diferenciación.

A su vez este encasillamiento de los géneros en forma dicotómica (varón o mujer) no es más que un binarismo que genera y reproduce estereotipos que asignan un papel esperado para cada sexo, tal como hemos mencionado, sino también una heterosexualidad obligatoria que no admite la presencia de otras identidades que no se corresponden bajo esta correlación. Butler sostiene que “aunque los sexos parezcan ser claramente binarios en su morfología y constitución (lo que tendrá que ponerse en duda) no hay ningún motivo para creer que también los géneros seguirán siendo dos” (2016: 54). Es decir, lo que la autora incorpora es la noción de entender que aunque se ha comprendido al sexo de manera dicotómica no quiere decir que el género si o si tenga que constituirse bajo ese binomio, ya que para la autora los comportamientos de género no son más que actos culturales expresados en los cuerpos, por lo tanto abre la posibilidad de entender al mismo como los géneros.

Es necesario entonces, comprender que no todas las personas que nacen con pene serán varones ni todas las personas que nacen con vagina serán mujeres. En este sentido, las travestis, las masculinidades trans (también denominados varones trans) y las feminidades trans (también llamadas mujeres trans) ponen en jaque la relación directa entre sexo y género y advierten la necesidad de comenzar a pensar en términos de identidad y expresión de género.

A su vez, creemos importante resaltar que en nuestro país, existe la ley de identidad de género n°26.743, la cual sostiene que la identidad de género es concebida como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (2012: Art. 1).

Cómo desarrollamos arriba, las relaciones de género están atravesadas por otros modos de desigualdad social, tal es el caso de la clase social, que también nos interesa incorporar para abordar la problemática propuesta. De esta forma nos proponemos estudiar la relación de ambas desde los estudios de la interseccionalidad; la misma es entendida como “la expresión de un sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Cubillos, 2015:122). Esta idea comprende que las distintas formas de opresión entran en interacción constante con interdependencia, de manera dinámica e incluso contradictoria.

La interseccionalidad nos permite entender que la idea de género y sus mecanismos de desigualdad, no puede ser universalizada ni aislada de los otros sistemas de opresión existentes a la hora de entender a la mujer (y demás identidades no cis-heteronormadas) situada en un contexto o situación particular. Coincidimos con Jimenez y Guzman (2012) quienes plantean que “el esquema de género se presenta como un traje demasiado estrecho para analizar determinadas prácticas y efectos en relación a los usos de drogas. Aquí es donde la propuesta analítica de la interseccionalidad puede ser particularmente útil, pues insta a observar y reconocer cómo a través del género otras diferencias como las socioeconómicas, etarias, étnicas, raciales o de orientación sexual deben ser tomadas en cuenta” (Ibídem: 86).

El abordaje desde la perspectiva de género a través de la interseccionalidad nos permitirá analizar las desigualdades intragénero y desde las clases sociales, esto nos servirá como ruta de análisis indispensable para pensar los consumos problemáticos de sustancias.

3.2 Consumo problemático de sustancias: una mirada con lentes violetas

Tal como hemos descrito en el anterior capítulo, la SEDRONAR es el principal organismo estatal que se encarga de la creación de políticas nacionales de reducción a la demanda de drogas, a través de la prevención y el tratamiento en el uso indebido de drogas.

En el año 2016 la Secretaría crea junto con provincias, municipios, ONGs, el ya mencionado Plan Nacional de Reducción a la Demanda de Drogas, regido por diferentes principios rectores que lo estructuran. Dentro de estos se encuentra la Perspectiva de Género, allí se señala que es una tarea necesaria del Estado asumir esta mirada a la hora de planificar las políticas del sector. La adopción de una perspectiva de género en el abordaje de los consumos de drogas resulta un principio fundamental, en tanto permite visibilizar las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de asistencia entre varones y mujeres, así como diseñar estrategias que permitan su superación.

La Secretaría sostiene que: “La perspectiva de género implica una mirada y trabajo transversal, necesarios para asumir, desde el Estado, la responsabilidad de una sociedad justa. (...) Desde esta perspectiva, las mujeres usuarias de drogas padecen una doble estigmatización derivada de la confluencia de ser mujeres y consumidoras. La situación de las mujeres resulta aún más crítica si se contempla la falta de oferta de tratamientos que incluyan una perspectiva de género en esta problemática; y, más aún, cuando a la situación de consumo se acompaña la condición de embarazo y/o tenencia de hijos a cargo. Por tales razones, incluye el compromiso de trabajar en el fortalecimiento de la perspectiva de género en todas las áreas de acción y diseño institucional” (Sedronar 2016: 5).

Si bien es de un avance importantísimo la inclusión de la perspectiva de género desde una mirada transversal dentro de un Plan Nacional y que también es la Secretaría quien da visibilidad a la falta de tratamientos que incluyan a esta perspectiva, la misma es tomada desde el binomio varón-mujer, invisibilizando a gran parte de colectivos que no se consideran bajo estas categorías¹⁴.

Aun así, siguiendo a Maffia (2011) “(...) ni las políticas públicas relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, ni el sistema de salud en general, suelen tomar en consideración estas diferencias. A excepción de las distinciones forzosamente marcadas por lo genital y lo reproductivo, no se presta la debida atención a las diferencias existentes entre hombres y mujeres” (Ibídem; 2).

La ausencia de un enfoque de género a lo largo de la historia del estudio de los consumos problemáticos ha entorpecido enormemente el desarrollo de una asistencia diferencial, ya que la mayoría de los sujetos estudiados son primordialmente hombres, lo que produce que aquello que se investiga esté fuertemente sesgado por “lo masculino”, y no

¹⁴Tal es el caso del colectivo LGBTIQ+ como la Teoría Queer, quienes desde hace varios años de lucha vienen tratando de visibilizar por fuera del binomio varón-mujer a la cuestión de género.

terminan resultando efectivo en las mujeres, cayendo muchas veces en miradas profundamente esencialistas en los usos de sustancias en términos dicotómicos y excluyentes (usos femeninos de sustancias y usos masculinos). Lo que sucede es que se continúan comprendiendo estos comportamientos en clave masculina, dando por hecho que las mujeres mantienen un patrón de conducta similar al de los hombres.

En realidad, podemos decir que introducir la perspectiva de género en un ámbito de estudio es algo tan sencillo como tener en cuenta, de manera sistemática, el hecho de que mujeres y hombres responden a condicionantes diferentes y que, por lo tanto, la comprensión de la realidad requiere que sean analizados separadamente los aspectos y factores que condicionan a unas y a otros. Pero a su vez, entender estos condicionantes implica pensarlos también como consecuencia de una configuración específica de la relación existente entre los sexos y la sociedad en su conjunto, entendiendo que la organización societal encuentra en las diferencias de géneros su mayor pilar.

Estamos ante un claro ejemplo de androcentrismo a la hora no solo de crear planes, programas y hasta centros de tratamiento a personas con consumo problemático, sino también en la forma de estudiar y comprender la problemática, por eso es necesario tratar de pensar y abordar otro tipo de experiencias y formas de habitarla. Fundamentalmente porque la mayoría de los estudios que buscan caracterizar los consumos problemáticos centran su atención en la diferencia sexual-biológica para explicar las diferencias percibidas, lo cual durante mucho tiempo (y aún hoy) es lo que guió a les profesionales a creer estar practicando intervenciones “de género”. Pero sabemos que la perspectiva de género implica algo más que tener en cuenta las diferencias biológicas, “supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por rol de género, más allá de exponerlo como características del sexo femenino (o masculino) en su consumo de sustancias” (ASECEDI, 2008: 8).

La perspectiva de género aplicada al estudio de los consumos problemáticos de sustancias nos ayuda a identificar qué afecta a las mujeres como sector social y cultural, atravesado por una identidad y una subjetividad propia, lo cual se presenta a su vez como necesario y urgente. Podemos afirmar que el lugar de las mujeres en muchos ámbitos de la vida ha comenzado a ser visibilizado por los movimientos feministas que, en nuestro país sobre todo en los últimos 5

años¹⁵, han crecido enormemente en su potencial de transformación. Ubicando a las propias vidas cotidianas como pilar fundamental en donde desplegar estrategias para cambiarlo todo, entendiendo que aquello que hacemos, decimos, habitamos, consumimos, y transitamos está siempre atravesado por sesgos de género que aumentan las desigualdades a las que diariamente nos enfrentamos y sufrimos en carne propia, y que como ya dijimos anteriormente, se potencia si además somos mujeres pertenecientes a los estratos populares de la sociedad. “*Lo personal es político*” implica dimensionar también que aquello a lo que nos enfrentamos día a día tiene que ver con el ocultamiento, la invisibilización, el estigma y los roles asignados a las mujeres condicionando las formas en las que nos relacionamos con el consumo de drogas. Como nos dice Claudia Korol (2016) “Feminismos de sujetas no sujetadas, que se organizan colectivamente para responder a los desafíos de la sobrevivencia. No son un relato para entendidas, sino una práctica rebelde, y una teoría que se amasa en los comedores populares” (Ibídem: 14).

El género como perspectiva teórica y metodológica ha adquirido popularización en los últimos años hacia el interior de las ciencias sociales, forzando a que salieran a la luz temas de “las mujeres”, y buscando romper el techo androcentrista que predomina en el ámbito científico y profesional. Es por esto que el protagonismo adquirido por las mujeres y disidencias sexuales a partir de enlazar y politizar el rechazo a las violencias en su totalidad, obligó a investigadores, estudiantes, trabajadores de la salud, y gobernantes, a introducir en mayor o menor medida, la perspectiva de género a la hora de pensar los abordajes en consumos problemáticos en los efectores primarios de salud.

“En los estudios sobre drogodependencias ha sido frecuente ignorar el género como factor explícito de influencia. Por defecto, la experiencia masculina ha predominado como la general. Junto a la omisión, las primeras contribuciones a la investigación sobre el consumo de drogas, dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas, han proyectado una imagen de los usos de drogas de las mujeres como una forma desviada de la feminidad “normal” y explicado con frecuencia, como una compensación de deficiencias físicas o mentales (...) las iniciativas de salud para las mujeres se centran más bien en la salud reproductiva y materno-infantil” (Maffia, 2011: 29).

Es por esto que creemos necesario comprender que la identidad de género de quien atraviesa una situación de consumo problemático nunca es indistinta a la hora de pensar los

¹⁵ Hito de esto ha sido el primer Ni Una Menos (3 de junio de 2015) donde el movimiento feminista ha cobrado mayor relevancia en las calles, las casas y la política.

consumos ya que condiciona la modalidad, qué es lo que consume, cuándo, cómo, dónde, con quiénes, al mismo tiempo que expresa mayor o menor posibilidad de acceder a un tratamiento en caso de necesitar ayuda.

En primer lugar creemos necesario plantear que el problema de salud que presentan las mujeres que hacen uso-abuso de drogas está invisibilizado. A decir de Sousa Santos (2009) “las mujeres son víctimas de una lógica de no-existencia” (Ibídem: 11) para ilustrar que lo que no existe es producido como *no existente*. Confiendo, en todo caso, una situación anómala que, por oponerse a lo normal o típico en este problema, ocupa el lugar de parte descalificada, bajo una forma inferior de existencia. En otras palabras: el problema suele ser minimizado por la forma en la que es construido como tal.

Por un lado, podemos pensar que se construye de esta forma por la división desigual de roles: las mujeres quedan relegadas al hogar, a lo privado e invisibilizado mientras que los hombres disponen de mayor poder y reconocimiento social. Así las mujeres quedan libradas a la falta de proyección social, suponiendo desigualdades a la hora de abordar la salud y aumentando la vulnerabilidad a partir de la invisibilidad.

Creemos que esto se debe a que en el común de las representaciones sociales las mujeres no entran en el imaginario social de lo que se entiende por consumidora. Es importante pensar que (sin caer en distinciones de usos entre los géneros) también las drogas mayormente consumidas por mujeres son psicofármacos, alcohol y tabaco, esto pensamos se debe a que estas drogas no están tan mal vistas por la sociedad, son de más fácil acceso y también al ser legales muchas veces no son vistas con la carga negativa que conlleva socialmente consumir una sustancia ilegal. “El uso ilegal de drogas es más ilegal para las mujeres que para los varones, y cuanto mayor es la ilegalidad de una sustancia, mayor es la desviación del comportamiento que se espera de las mujeres” (Maffía, 2016: 9).

Estos factores podemos pensar que implican a la mujer al momento de reconocer un consumo problemático de sustancias psicoactivas una decisión que supone el riesgo de perder prestigio, lo que la lleva muchas veces a silenciarlo o desvalorizar el problema.

Un elemento a considerar a la hora de analizar el lugar de las mujeres en el mundo de las drogas, y que refuerza la idea de desigualdad, tiene que ver con el tráfico ilícito de sustancias en donde “las mujeres toman extrema visibilidad; con frecuencia participan de la comercialización de las drogas por presión o coerción de sus parejas” (Innamoratto; 2015: 70), y son parte también del transporte de sustancias a través de lo que se conoce como “mulas” o “ingestadas”. Frente al narcotráfico y la inclusión de las mujeres al mismo, podemos ver

también la clara falta de perspectiva de género en el sistema judicial y penal, el cual nos detendremos brevemente a observar algunos datos:

“Debe tenerse en cuenta que, según el Censo Penitenciario 2014 realizado por el SNEEP¹⁶, el 38% de mujeres detenidas lo están por infracción a la Ley de Estupefacientes. Estos guarismos aumentan al tomar solo los datos del Servicio Penitenciario Federal, cuyo porcentaje de mujeres detenidas por infracción a la ley 23.737 supera el 60%. Pero este será tema de otro artículo. La infracción a la ley de drogas es el principal delito por el que están encarceladas las mujeres, ya que los delitos como robo y homicidio se verifican en menor cuantía. En el 2002, 1 de cada 3 mujeres detenidas lo estaba por esta causa. Si bien en el período de estudio hubo algunas oscilaciones con aumento de mujeres privadas de libertad por esta causa, en 2016 se registran 1.272 mujeres detenidas por infracción a la ley de drogas sobre un total de 3.184 privadas de libertad, representando un 40% del total” (Innamoratto; 2016: 11).

De esta forma se puede ver que la única forma de visibilización posible de la mujer está relacionada a lo penal o a la condena social, mientras que en lo que respecta a los estudios, y políticas públicas las feminidades se encuentran completamente invisibilizadas.

A su vez, otro factor que entra en juego a la hora de analizar los consumos desde una mirada de género, tiene que ver con el estigma y/o penalización social con el que cargan las mujeres, influyendo muchas veces a la hora de admitir consumos problemáticos y buscar tratamientos para los mismos. Consumir drogas no tiene el mismo sentido ni significado para hombres y mujeres, ya que no es valorado del mismo modo por el resto de la sociedad. En el caso de los varones, el consumo de sustancias es “percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas, temerarias o antisociales)” (Sánchez, S/A: 125), mientras que para las mujeres supone una incitación a los valores sociales hegemónicos. “Por ello, las mujeres adictas a las drogas soportan un mayor grado de sanción/reproche social que los hombres, que se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social” (Ibídem: 125).

La respuesta del entorno social a los procesos de adicción en las mujeres y el estigma sobre el que ellas recae, explica el porqué de que muchas de ellas opten por ocultar el problema, por no demandar ayuda, con miedo a ser estigmatizadas como adictas y a sufrir la exclusión o rechazo del entorno próximo, muchas veces retardando la solicitud de atención hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social

¹⁶ Sistema Nacional de Estadísticas Sobre Ejecución de Penas del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

o laboral alcanzan una gravedad tal que las hace insostenibles. Tal como indica Innamoratto (2015) “Este ocultamiento retarda y dificulta la detección y derivación oportuna, por lo cual muchas mujeres llegan al tratamiento en peores condiciones que los varones.” (ibídem: 68).

Que una mujer consuma drogas indica la presencia de una doble penalización social y moral, que refuerzan no sólo la representación negativa de las drogas, sino que aumenta el rechazo a las mujeres consumidoras, elevando la ruptura del mandato de género, y desafiando los estereotipos sociales y culturales. De lo dicho, se desprende con claridad que las mujeres sufren una mayor estigmatización y discriminación a la hora de consumir drogas o desarrollar una adicción, en tanto que –siéndolo o no– está “faltando a sus deberes de madre” y desoyendo el mandato conductual imperante de “La Familia”.

Puede decirse que existen al menos tres roles fundamentales en nuestras sociedades que definen lo que es ser una buena o una mala mujer: el rol de madre, el rol de esposa, y el rol de hija (Martínez Redondo, 2018). Son roles que conllevan una serie de obligaciones sociales en las que, además, en términos comparativos con los varones, las mujeres tenemos menos margen de error. Parafraseando el planteo que hace al respecto Franca Ongaro Basaglia (1987), allí se condensa una parte importante de la problemática de la mujer y su vínculo con el consumo de drogas. En pocas palabras: el uso indebido de sustancias sentencia en gran medida a la mala mujer: mala madre, mala esposa y mala hija. Si “cuanto más restringido es el espacio relativo al rol y a las obligaciones sociales, tanto más graves resultan los tipos de infracciones que caen bajo etiquetas y sanciones (...)” (Ibídem: 31). Consideramos de este modo que no es lo mismo una mujer que un varón que se droga, ya que desde la perspectiva de género y una mirada feminista posibilita reconocer que la salud de los varones también está atravesada por los mandatos de género. Si el consumo es asociado a algo negativo y contrario al mandato de género para la mujer, a la inversa en el caso de los varones refuerza dicho mandato: el consumo de sustancias los hace ver socialmente dominantes, refuerza la idea de masculinidad como definida en oposición a hábitos de vida saludables, asociada al riesgo, al uso del cuerpo y la genitalidad de modo que se exprese allí virilidad y hombría (Esteban, 2006).

Tal como nos indica Simone De Beauvoir (1949): no se nace mujer, se llega a serlo. Se deviene mujer, lo que exhibe a las claras una construcción social e histórica de la supuesta naturaleza femenina que nos reduce a tareas y obligaciones. “El devenir, en *El segundo sexo*, expresa un proceso negativo del que hay que tomar conciencia: es el modo en que hacernos mujeres se vuelve sinónimo de convertirnos en sujetos no-libres. El devenir es un proceso de sujeción, especialmente a la maternidad” (Gago, 2019: 90).

Hablamos del concepto socialmente construido de la femineidad: vivir *por* y *para* otrxs, vivir *para cuidar* de otrxs, vivir *para atender* a otrxs, entendiendo a su vez lo natural como destino, lo que nos llevaría a la maternidad como única dirección posible. A la hora del consumo de sustancias, ser madre se constituye como un elemento más a tener en cuenta debido a que complejiza la situación sobre-vulnerabilizando a la sujeta.

Respecto a esto, la bibliografía disponible tienden a enfatizar el rol de la mujer como madre, jerarquizando la preocupación de los efectos de uso de drogas en el embarazo, parto y maternidad, haciendo hincapié en unx otrx, y no en las consecuencias físicas y psicológicas de la mujer-consumidora. “Se parte de una lectura totalmente reproductivista de los problemas de salud de las mujeres. (...) Esta visión de la existencia femenina focalizada en solo uno de sus roles, incompleta, concluye en modelos de investigación, diagnóstico y tratamiento igualmente inacabados” (Maffia, 2016: 8).

Esta idea se sostiene no sólo durante la etapa neonatal sino que perdura todos los años en el que la madre se encuentra a cargo de menores de edad, sobrevolando una constante idea de retirada de la custodia de lxs mismxs, reforzando el estigma recurrente de “mala madre”. Al contrario, si quien consume fuese un varón, la importancia de los estudios sobre el mismo no se enfatizaría en las responsabilidades del cuidado y la atención a la familia, ya que ideológica y socialmente no existe una figura de “mal padre”. La maternidad y la crianza de lxs niñxs como epicentro de su rol social y cultural, es un peso más que no tienen los hombres y que influye explícita y negativamente sobre el comportamiento de las mujeres en el consumo de drogas y el proceso de recuperación.

“Existe un mandato de maternidad, o más específicamente: de la perfecta maternidad, que no se acerca precisamente a la imagen de mujer con problemas de abuso de alcohol, o heroína, etc. y que en los varones no recae de esa forma. En los procesos de los hombres, tengan hijos o no, éstos no aparecen tan automáticamente. Pueden desvincularse “fácilmente”, tanto social como personalmente. En los procesos de las mujeres que son madres, esto no es así: forma parte central de sus preocupaciones o si no, de las de los/as profesionales. La consecuencia es que el temor a la pérdida de custodia y al juzgamiento como madres existe en las mujeres (de forma “real” o formal, pero se da), interviniendo de forma determinante en su tratamiento (ya sea ambulatorio o residencial)” (Redondo, 2008: 33).

Por otro lado, nos parece importante poder pensar a la mujer-consumidora por fuera de su rol estrictamente de mujer-madre y de las consecuencias biológicas-psicológicas, para analizar qué lugar ocupa el género al momento de la construcción de una identidad feminizada.

Los efectos adversos derivados del consumo de sustancias provocan cambios en la percepción del propio cuerpo, generando una primera ruptura identitaria sobre la construcción estereotipada de la identidad de género relacionada al modelo ideal femenino de belleza y cuidado debido al deterioro que produce el abuso constante de las sustancias (rápido adelgazamiento, pérdida del cabello, resecamiento de la piel, disminución de la libido, problemas dentales, entre otros).

Siguiendo a Romo-Avilés y Camarotti (2015), más allá de los graves efectos por su toxicidad y la forma y contexto en la que se consume, “las mujeres muestran en el proceso de adicción la necesidad de “construir género” a través de su preocupación por la belleza, los efectos sobre el cuerpo” (ibídem: 233), el estigma y/o la maternidad.

El género está implícito y es performativo hasta en las acciones de las consumidoras. La identidad de género se construye como un proceso dinámico, de cambio. Siguiendo a Butler quien habla de la performatividad del género sexual, la cual no consiste en elegir de qué género seremos hoy. Performatividad es reiterar o repetir las normas mediante las cuales nos constituimos: no se trata de una fabricación radical de un sujeto sexuado genéricamente. Es una repetición, no se pueden descartar por voluntad propia (Butler, 2002: 65). Así, se crearán identidades que alternativamente se instauran y se abandonen en función de los objetivos del momento.

En consonancia con lo anterior, entendemos que el cuerpo de las mujeres es uno de los lugares de resistencia para la construcción de la femineidad que se presenta como obligatoria, fortaleciendo los preceptos de género, para seguir adhiriendo a las imágenes estereotipadas de lo que se les impone a las mujeres como un deber ser: higiénicas, con buen aspecto, posibles de ser sexualizadas. Esto es producto de la búsqueda de la aceptación social, y de la lucha contra el rechazo moral que provoca ser mujer-consumidora.

Así mismo nos parece pertinente analizar lo que ponen en juego a la hora de consumir las mujeres en lo que respecta a su cuerpo y su sexualidad, ya que “la forma en que una mujer vive y es en el mundo está intrínsecamente relacionada con su sexualidad y subjetividad como eje de vulneración y de poder. El cuerpo de las mujeres, y su sexualidad, es un cuerpo sometido, objetualizado y sujeto a disposiciones creadas socialmente” (Redondo, 2008: 34).

“Es más: las mujeres son su cuerpo. Cuerpo para los otros, para procrear o para entregarse, para ser objeto de admiración, mirada, silbido, violación... Pero a la vez: cuerpo como acceso al reconocimiento social (examinemos la cuestión de “la belleza” por ejemplo), a bienes materiales y simbólicos, o como “arma de seducción para conseguir lo que quieren” (Ibídem:

36). Tal situación en muchos casos es entendida por lxs profesionales de la salud, o trabajadores de instituciones, como un factor problemático desde los juicios morales porque, en sí la sexualidad continúa siendo un tabú para la sociedad, y eso se refuerza aún más cuando quien ejerce la sexualidad como un trabajo es una mujer que se encuentra en situación de consumo de sustancias, y que la utiliza para sostener ese consumo y/o con fines económicos.

La distribución de los recursos entre mujeres y varones ha determinado históricamente su relación con las diferentes sustancias, en lo que se refiere a las posibilidades de acceso a las mismas y de uso en sus distintas modalidades. Los consumos problemáticos de sustancias se encuentran ubicados en un tiempo y espacio concretos situados en contextos sociales determinados, donde no todos los sujetos cuentan con las mismas oportunidades de alcance.

En este punto nos parece importante enfatizar sobre dimensiones específicas para dar cuenta de la nueva pobreza¹⁷, “para abordar la problemática de drogas en estas poblaciones, incluso estas nociones resultan insuficientes. Se hace necesario una perspectiva que considere estos procesos no solo desde su negatividad, es decir, que supere las nociones de pobreza como resultado, escasez, precariedad, pérdida, ruptura, ausencia, falta, privación, retirada, fragilidad. Al ponerla en relación con el consumo, específicamente con el consumo de drogas, la pobreza se convierte en un contexto y anclaje de producción de nuevos: negocios, realidades, experiencias, intercambios, prácticas y subjetividades, es decir, de nuevas economías” (Epele, 2010:42).

Las diversas dinámicas territoriales, sumado a los circuitos ilegales que deben atravesar tanto varones como mujeres para acceder a las sustancias, moldean y prefiguran las trayectorias de vida. El género, al actuar como delimitador de los espacios, tiempos y recursos, ha condicionado -facilitando u obstaculizando- el acceso de las mujeres a determinados usos de drogas. Los consumos problemáticos requieren, aunque de forma variable según las sustancias y su consideración social y legal, de una disponibilidad de recursos económicos, sociales e informacionales desigualmente distribuidos entre mujeres, varones y disidencias sexuales.

“La especificidad de ciertos rasgos femeninos se manifiesta también al analizar algunas modalidades de obtención de drogas por parte de mujeres y su participación en el tráfico de sustancias ilegales. A diferencia de los hombres, muchas mujeres adquieren drogas a cambio de sexo o las aceptan como regalo, las obtienen de una fuente regular a puerta cerrada y/o tienden a permanecer en el barrio en que la compraron. Los hombres, en cambio, más

¹⁷ Minujin, A y otros (1993). Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. Unicef/Losada, Buenos Aires.

habitualmente que las mujeres, consiguen las drogas en la calle, pueden cambiar más frecuentemente de proveedor y de lugar de compra, comprar droga a crédito o intercambiando con otra mercancía” (Innamoratto; 2015: 70). Dichos rasgos lo que describen tiene que ver con la heterogeneidad política, económica y social de estos escenarios de producción, mediante la cual la economía informal e ilegal lo que expresa no es más ni menos que lo que el capitalismo neoliberal forma: economía para y entre pobres.

3.3 Desigualdades en el Sistema de Salud: la clase y el género

Para comenzar, nos parece oportuno, remarcar que al igual que cualquier otro sistema presente dentro del orden capitalista y patriarcal, el Sistema de Salud no está exento de producir y reproducir desigualdades en torno al género y a la clase social¹⁸, a la vez que sus potencialidades nos permiten pensar al mismo como un campo posibilitador de cambios sociales.

Siguiendo a Bell Hooks (2000), al interior del movimiento feminista, el debate sobre la clase y el género es recurrente, marcando una clara división dentro del mismo a la hora de visibilizar las desigualdades en la sociedad. Desde los inicios, los reclamos de las mujeres blancas académicas y de las clases altas, fueron jerarquizados hacia dentro del movimiento y hacia afuera, fundamentalmente porque eran el grupo de mujeres que recibía mayor atención pública, instituyendo en cuáles cuestiones había que centralizar y en cuáles no. Dicha disputa continúa aún presente en lo que respecta a la visibilización de problemas tales como los consumos de sustancias en las mujeres de las clases sociales más bajas, implicando una clara desigualdad intragénero en el acceso y en la permanencia en los tratamientos de reducción de consumos.

Dicho lo anterior, creemos que analizar los abordajes en salud desde las diferencias de género y clase conlleva la búsqueda de las inequidades que la originan, esta misma representando la parcialidad y la injusticia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres. De esta forma las desigualdades se observan a través de la existencia de dos tipos, por lado las estrictamente biológicas, y por el otro las inequidades sociales y de género, estas últimas pudiendo ser evitadas, ya que son injustas e innecesarias. Dichas

¹⁸ Si bien entendemos que el concepto de clase social no explica en sí mismo la explotación a la que son sometidos los cuerpos femeninos y feminizados, si creemos que da cuenta de las desigualdades intragénero.

desigualdades para ser analizadas deben tenerse en cuenta las disparidades en términos de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres.

“Los mal llamados “sesgos de género”, que suelen caracterizar la práctica médico-sanitaria (...) tienen que ver en la mayoría de los casos con la perpetuación de ópticas deterministas y biologicistas de la realidad de las mujeres que suelen permanecer invisibles para los propios profesionales, lo biológico invisibiliza lo social” (Esteban, 2006: 12).

Dicha enunciación además de que nos invita a repensar el paradigma médico-biologicista, también nos lleva a retomar la idea de interseccionalidad, en lo que refiere a condiciones de salud entre géneros, demostrando de qué manera el sexo y la clase social constituyen elementos claves para observar las desigualdades sociales en salud, abandonando la visión única de lo biológico como fundamental a la hora de pensar los consumos problemáticos.

Relacionado a esto último, nuestra mirada estará dirigida hacia el acceso y la permanencia de las mujeres en tratamientos de las adicciones, fundamentalmente en el primer nivel de atención de la salud. Tal como explicamos en el primer capítulo, APS se constituye como la puerta de entrada de lxs usuarixs al sistema de salud, presentándose en la Ciudad de Rosario efectores en cada barrio, lo que da a entender que el acceso a la salud es universal y gratuito. Sin embargo, podemos decir siguiendo a Ase y Buriyovich (2009) que lo que sucede realmente en los efectores de salud, dista mucho de los objetivos principales de APS, ya que la misma está atravesada por complejos mecanismos de vaciamiento económico y de recursos humanos especializados, como también existe un corrimiento del sujeto a atender, al que no se contiene en sus particularidades y que termina demostrando una vulneración del derecho a la salud. En ese sentido, pareciera no existir un lugar que considere la multiplicidad de factores ni elementos multicausales para asistir contemplando la complejidad de les usuaries que solicitan una atención a los consumos problemáticos de drogas, imposibilitando de esta forma el canal de acceso a la institución.

Con respecto a la accesibilidad a las instituciones que abordan la problemática, la SEDRONAR (2018) dice que “el consumo problemático de sustancias por parte de mujeres va en aumento, y aun así representan un porcentaje menor de la población usuaria de dispositivos Sedronar, resulta fundamental explorar las barreras que encuentran las mujeres a la hora de acceder a un tratamiento asistencial, y pensar si la oferta se adecua a los cambios en el consumo de sustancias” (Ibídem: 16).

En lo que respecta al acceso a un centro de salud, es necesario tener en cuenta algunos elementos. En primer lugar, un factor que condiciona el acercamiento de una persona a la

institución tiene que ver con cómo se estructura la forma de registro ya que en la mayoría de los casos es familiarizada, es decir, una se referencia en la institución a partir de la creación de historias clínicas familiares. Como hemos señalado anteriormente, la familia opera como uno de los vínculos más moralizantes y estigmatizantes en cuanto a los consumos se refiere, por lo tanto el centro de salud a primera vista no se presenta como un espacio al cual recurrir. Si bien, podemos decir que para que una institución sea accesible es necesario que exista una cierta hospitalidad que puede lograrse con la cercanía, esto en ocasiones se presenta como obstáculo por el estigma que atraviesa a los consumos femeninos. Por ejemplo, otro mecanismo que da cuenta de las representaciones sociales que operan a la hora de solicitar atención es la idea que ronda acerca de que “me atienda el mismo médico que a mis hijos”, o “que el médico de mi mamá se entere de mi consumo de drogas”¹⁹, poniéndose en juego la idea ya desarrollada de “mala madre” y “mala hija”.

A su vez, un factor que colabora con la construcción de la idea de que el centro de salud no se constituye como un lugar que aloje problemas de consumo, es la existencia en el barrio de otras instituciones que disputan el capital simbólico en torno a la atención en consumos. Es frecuente ver la presencia de organizaciones religiosas que ofrecen alternativas de abordaje de “espiritualización terapéutica de la conducta adictiva” (Algranti y Mosqueira, 2018: 309), las cuales podemos decir que no solamente disputan con el Estado el tratamiento a la problemática de las drogas, sino que lo hacen a partir de una ausencia del mismo en esta materia. En lo que respecta a los abordajes con mujeres, la visión conservadora de estas instituciones no hace más que reforzar los estereotipos de género, presentando dificultades a la hora de contener las situaciones de consumos problemáticos que atraviesan las mujeres, o incluso en algunos casos resultando expulsivas, a partir de entender y reforzar la idea de mujer como madre y no-consumidora.

A la dificultad inicial dada por la escasez de centros que reciban mujeres (solas, embarazadas, con hijos), se le suman las prácticas y dinámicas institucionales –lo que incluye la modalidad de abordaje– pensadas históricamente para un consumidor hombre, lo que podríamos denominar como una barrera institucional. Uno de los ejemplos en los que podemos pensar es el relacionado a las mayores cargas familiares que afrontan las mujeres hacia el interior de las familias. Si bien se trata de un tema que consta de una vasta producción teórica, nos detendremos a pensar en las tareas de cuidado en escenarios de desprotección social

¹⁹ Notas de cuadernos de campo de prácticas profesionales en el Centro de Salud n°13, Rosario, 2018.

estructural, “en un contexto que implica la degradación generalizada de las condiciones de vida y la multiplicación de las desigualdades sociales. Se reinventa y/o refuerza el control heteropatriarcal y capitalista sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas” (Orozco, 2014:21).

El cuidado o los cuidados, entendemos que son un componente fundamental a la hora de pensar el bienestar de la población en general. No sólo en las primeras etapas de vida o en situaciones de enfermedad y/o vejez, sino que los mismos se requieren durante y a lo largo de toda la vida. “Sin embargo, aunque todos los necesitamos, no todos los proveemos con la misma intensidad ni dedicación. Históricamente, esta función descansó en las mujeres, como parte de una labor doméstica y no remunerada. Pero en la base de esta asignación diferencial no se encuentra una disposición “natural”, ni una tendencia “altruista”. La asignación de las responsabilidades del cuidado refleja antes bien las pautas culturales de una sociedad, plasmadas mediante la definición de sistemas de derechos y responsabilidades atribuidos a los hombres y mujeres por parte de los regímenes de bienestar...Así, las desigualdades entre géneros, y también entre clases sociales, son algunos de los efectos más visibles de dicha organización” (Faur y Pereyra, 2018: 495).

Es importante recalcar la importancia que la clase y el género adquieren en este sentido, ya que ambas categorías resaltan el carácter desigual de la distribución, que se expresa en las formas de organización del cuidado. Al lugar diferenciado de las mujeres en las familias hay que sumarle el hecho de si son jefas o no de hogar, en un contexto de feminización de la pobreza²⁰, en el cual las precariedades se agudizan dando lugar a mayores dificultades a la hora de acceder a un servicio de salud para abordar la problemática del consumo. Dicho problema, está fuertemente atravesado por la oferta y el acceso a los servicios de cuidados que (no) provee el Estado o el sector privado, lo que condiciona la garantía de un derecho.

Siguiendo esta línea, en cuanto a los consumos problemáticos “...otro factor que influye en la accesibilidad suele ser la maternidad y la presencia de hijos en el tratamiento, como así también las responsabilidades de cuidados de hermanos, nietos, personas enfermas, etc. De hecho, el tema de la maternidad es recurrente y central en los discursos de las mujeres, y es nombrado en diversas circunstancias como factor de motivación para el cambio, o como el factor responsable del sentimiento de culpa o de vergüenza, o como uno de los elementos centrales que justifica el problema de acceso a los dispositivos y/o el abandono de los

²⁰ Dicha noción es frecuentemente utilizada en el ámbito de la política social, con una creciente presencia en nuestro país posterior a los años ‘90 y que hace alusión al predominio creciente de las mujeres entre la población empobrecida. (Aguilar, 2011)

tratamientos. Un ejemplo de ello lo encontramos cuando una mujer acude a una primera entrevista donde la responsabilidad por sus hijos se convierte en algo central: quién quedará al cuidado de los hijos, cómo se organizarán los cuidados, etc., mientras que en el caso de los varones este tema es obviado” (Sedronar, 2020: campus virtual).

Por otro lado, cuando se supera la barrera de acceso y finalmente las mujeres inician un tratamiento, el problema es sostenerlo. La tarea de los cuidados en términos de reproducción social de la vida cotidiana que garantizan las mujeres y su condición cuasi-intransferible es una de las razones por las cuales se abandonan los abordajes. Si se suma además el factor de clase, en las mujeres de sectores pobres esta limitación se ve profundizada por la falta de autonomía económica que impide, por un lado, contar con los recursos necesarios para la cobertura de tareas de cuidado, y por otro por la relación desfavorable entre el déficit de ingresos y el déficit de tiempo disponible. A decir de Avellaneda y otros (2019) “... para las mujeres gestantes o con niñas/os a cargo con padecimiento mental y sus familias, el atravesamiento de un padecimiento en salud mental en uno o más de sus miembros implica una crisis para el sistema familiar que necesariamente implica reajustes en las tareas, los roles, los límites, etc. y esto afecta significativamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de los sujetos asistidos y sus familias” (Ibídem: 15).

Esta carga que perciben las mujeres relacionado al cuidado entendemos que no se correlaciona de manera equitativa con el cuidado de la propia vida, llevando a una reducción del tiempo de cuidado (a veces nula) de una misma, priorizando en la mayoría de los casos las obligaciones y mandatos extra e intradomésticos. Sobre esto último, repensando la categoría del tiempo resulta interesante entonces traer a colación la “pobreza de tiempo” como concepto introducido por la economía feminista para reflexionar en torno a las manifestaciones de esta problemática en las mujeres (Rodríguez Enríquez, 2015: 34). No es exagerado afirmar que existe una forma generizada²¹ de distribución y de vivencia del tiempo. Por ello, lo que puede manifestarse en el caso de las mujeres, al contrario del tiempo absoluto frecuentemente asociado a los consumidores de drogas, es una carencia de tiempo ya que descontando el tiempo de las obligaciones laborales o educativas, y de las obligaciones de cuidado cotidiano de los otros, el tiempo para el cuidado propio es reducido.

Para reflejar esto, resultan necesarios los aportes de la SEDRONAR respecto a quienes son las personas que mayoritariamente solicitan información y/o ayuda a través de su línea

²¹ A nuestro juicio, lo generizado tiene que ver con la distinción entre lo femenino y lo masculino como construcción socio-histórica de la división sexual del trabajo.

telefónica 141 que funciona los 365 días del año las 24 hs., dividiendo las consultas en directas (consumidores) e indirectas (familiares, amigos, conocidos).

“Durante el tercer trimestre de 2019 hubo 3.986 llamados a la línea 141, de los cuales 2.677 fueron hechos por mujeres (67%), mientras que solo fueron 1.309 los consultantes varones (33%). Si se analizan las diferencias por género según el tipo de consulta, se encuentra que la mayoría de las consultas efectuadas por mujeres son indirectas (2.457 de 2.677 consultas femeninas). Es decir, consultas en las que se solicita orientación o ayuda para un familiar, cónyuge, amigo/a o conocido. Tan solo 220 consultas (alrededor de un 5%) son directas: efectuadas por la mujer que presenta un consumo problemático de sustancias... en el último Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, se ponen de manifiesto las dificultades de acceso cuando las mujeres tienen que asumir la responsabilidad de la crianza y del hogar: el 79,8% de las mujeres que realizaron tratamiento son jefas de hogar sin niños a cargo, el 17,6% no son jefas de hogar y no se registraron jefas de hogar con hijos que realizarán tratamientos.”²²

Estos resultados nos invitan a pensar en el alto grado de invisibilidad de las consumidoras en nuestro país, y del carácter urgente de revisión de los programas y modalidades de abordajes para no reproducirlas. “En Argentina no sólo no hay políticas que contemplen las diferencias existentes: ni siquiera hay suficientes relevamientos estadísticos para conocer el estado y el alcance concreto de la situación en nuestro país” (Maffia, 2011:1). Dicha invisibilidad podemos enunciar que, a pesar de los esfuerzos de las organizaciones sociales, grupos de profesionales, y científicos, sumado a los cambios de paradigma que hemos ya desarrollado en torno a la temática de las drogas, no han sido suficiente para frenar el “ocultamiento” del que habla Maffia: “...las mismas instituciones que permanecen inactivas frente a la situación sanitaria desigual de las mujeres son quienes proporcionan los datos que la demuestran” (Ibídem: 2). Entonces la pregunta que cabe hacerse es: ¿Qué instituciones de salud y qué equipos profesionales se les ofrecen a las mujeres a la hora de buscar tratamientos para sus consumos? ¿Qué lugar ocupa el género en los imaginarios profesionales?

²² Consultado en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/consumo-invisibilizado-las-mujeres-piden-mas-ayuda-para-otros-que-para-si-mismas> visto el 20/11/2020.

3.4 Usuarías bajo la lupa: repensando nuestras prácticas profesionales

Las demandas actuales en el campo de la salud mental están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad ligada a las características del clima de época que franquean nuestras sociedades. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo (Carballeda, 2012: 1). Teniendo en consideración esto último y la Ley de Nacional de Salud Mental N° 26.657 que incorpora a los consumos problemáticos como parte integrante de las políticas de salud mental, y al Trabajo Social como parte fundamental de los equipos interdisciplinarios legitimados para intervenir sobre tal problemática, es que creemos que dicha disciplina puede aportar aquellas herramientas que permitan comprender a los consumos desde la complejidad que los caracteriza, y como un problema político, social y de salud.

Tal como desarrollamos en el apartado anterior, existen determinadas barreras en cuanto a la accesibilidad al sistema de salud, para las cuales nos interesa retomar a Maria Epele (2010) quien nos invita a pensar que: “Aún en aquellos modelos de salud pública que en la actualidad incorporan la desigualdad y las condiciones estructurales como paradigma para establecer los programas preventivos y de intervención en salud, solo en contadas ocasiones se incluyen las formas en que la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad compartida y las características de los vínculos entre los conjuntos sociales, las minorías, las poblaciones vulnerables y los agentes de las instituciones de la sociedad dominante. Al considerar estas afirmaciones y elaboraciones, la noción misma de barreras de acceso requiere ser revisada, especialmente, en las prácticas y experiencias que como el consumo de drogas, no sólo están sometidas a procesos de criminalización sino que además son estigmatizadas, sancionadas socialmente y por lo tanto promueven prácticas activas y pasivas de exclusión y expulsión” (Ibídem: 176).

En este sentido, la intervención profesional del Trabajo Social no presenta un carácter neutral y no se desarrolla de manera aislada de aquella sociedad compleja, atravesada por grandes contradicciones y desigualdades que se fueron describiendo en capítulos previos. Aunque esto parezca una obviedad, es importante poder mencionarlo para lograr dimensionar la complejidad que adopta la intervención profesional sobre lo social y que, por lo tanto, requiere ser analizada críticamente, considerando ciertos aspectos que constituyen dicha complejidad. A su vez, es importante que el Trabajo Social, como también otros actores intervinientes, pueda

comprender al consumo de sustancias como una problemática multicausal, atravesada por una diversidad de determinaciones sociales, históricas, culturales, económicas, para poder superar visiones culpabilizantes, estigmatizantes, sesgadas por diferencias de género y por posiciones moralizantes.

En este punto nos parece importante retomar la idea de mujer-consumidora desde la perspectiva de “sujeto inesperado” que nos propone Alfredo Carballada (2017), para hacer alusión a la extrañeza de la llegada a la institución de una mujer que atraviesa una problemática de consumo. El autor entiende que “es un sujeto que tampoco coincide con los mandatos fundacionales de las instituciones y es contradictorio con la idea de sujeto de intervención que estas generaron dentro de las fragmentaciones que se fueron construyendo desde las lógicas neoliberales (...) Esa ajenidad se transforma en una forma de temor que paraliza, desconcierta y, desde el rechazo, construye una especie de limitación que se expresa como incapacidad. Así, las instituciones, frente a ese sujeto inesperado, dejan de contener, de escuchar, de socializar y fundamentalmente de cuidar (...). Ese sujeto inesperado surge allí donde la complejidad del sufrimiento marca las dificultades de los abordajes uniformes y preestablecidos, en expresiones transversales de la cuestión social que superan muchas veces los mandatos de las profesiones y las instituciones” (Ibídem: 50).

Dichos abordajes de los consumos, como dijimos anteriormente, se encuentran masculinizados, lo que lleva a un ocultamiento de la mujer que consume apareciendo la misma como sujeta inesperada en las instituciones de salud, no porque no las transiten como mujeres, sino que no lo hacen como consumidoras: ese lugar queda relegado para los varones, y hegemonizado desde lo masculino. Dicho proceso obliga a la profesión a repensar su intervención en los marcos institucionales y deconstruyendo la propia mirada disciplinar de los mismos consumos, con el objetivo de no reproducir estereotipos, mandatos, roles, y sobre todo para no continuar invisibilizando y ocultando padecimientos feminizados. “Este instituido, al que cada vez, en cada puesta en acto, reforzamos o intentamos romper desde la intervención, se transforma en un eje significativo para comprender y analizar esa misma intervención” (Cazzaniga, 2001: 1).

Uno de los elementos a repensar tiene que ver con el lugar del consumo de las mujeres a la hora de intervenir ya que generalmente desde el Trabajo Social se busca “familiarizar” el problema, en vez de poder singularizarlo²³, lo que lleva a que determinadas naturalizaciones

²³ Entendiéndolo desde la perspectiva de Cazzaniga (2001), quien sostiene que “pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto” (Ibídem: 6).

desde la profesión hacen que la problemática de consumo de sustancias en identidades feminizadas tengan menor trascendencia a la hora de abordarla frente a otras problemáticas familiares que se presentan. Dicha práctica a lo que tiende es a reproducir y potenciar las barreras de acceso a la atención en salud de mujeres-consumidoras, ya que conduce a priorizar “problemas de otros” (hijos, varón proveedor, adultos mayores) y también a inculcar sentimientos de culpa (mala madre/esposa/hija), miedo a la pérdida de la tenencia de hijos, temor a ser juzgada y denunciada por los profesionales, producto en gran parte de por un lado la criminalización del consumo y la tenencia de drogas, y por otro lado por una clara falta de perspectiva de género en los profesionales.

Familiarizar implica en estas situaciones correr el eje de la responsabilidad que tiene el propio Estado para dar respuesta, contención, y tratamiento a quienes solicitan intervención para reducir o terminar con sus consumos, ya que muchas veces cuando se relega el acompañamiento a la esfera privada-familiar quienes toman esa responsabilidad son las mujeres en el mejor de los casos. A su vez, cabe destacar que el entorno, la familia, los afectos no siempre están dispuestos a acompañar. Las más de las veces puede suceder lo contrario; condenan, cuestionan y retiran los apoyos.

Del mismo modo, el cuestionamiento en ocasiones parte de los profesionales que son convocados a pensar y acompañar el tratamiento. Sobre éstos últimos, Ramos Lira señala en su estudio que el estigma opera de modo tal que -el Trabajo Social- otorga poca credibilidad y hasta descalifican experiencias de sufrimiento o violencia, “como si no fueran dignas de confianza, o como si su padecimiento las llevará a mentir o falsear información” (Ramos Lira, 2014: 278).

Para profundizar en esta idea, retomaremos a Epele (2010), la cual busca salir de la idea de representación social, para entender a la sospecha como una lógica que se convierte en una de las barreras más importantes a la hora de acceder a una institución de salud y que devienen en procesos de invisibilidad y ocultamiento.

“...la sospecha y la desconfianza pueden ser formuladas como las bases de una de las más importantes barreras entre los/as usuarios/as intensivos de drogas y las instituciones de salud. Por lo tanto el análisis (...) sólo puede llevarse a cabo en relación con el proceso de criminalización del consumo y de las lógicas de opresión políticas y económicas que estos conjuntos sociales padecen en su vida cotidiana” (Ibídem: 176). Dichas lógicas de opresión entendemos que se profundizan y agudizan aún más cuando se trata de mujeres-consumidoras.

Por lo tanto es necesario pensar las intervenciones del trabajo social, junto con ese otro que se nos presenta, siguiendo a Cazzaniga (2001) la misma debe ser entendida “(...) como proceso artificial, como un venir entre, que exige desde el sujeto profesional la capacidad para comprender e interpretar esa demanda e incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce la intervención. Nos estamos refiriendo a la producción de sentido específico que realizamos respecto de los sujetos de la acción profesional: nuestro accionar tenderá a la promoción de autonomías o a la cancelación de las mismas” (Ibídem: 1).

El desafío es pensar en cómo erradicar las barreras que obstaculizan el derecho al acceso a un tratamiento diferenciado y que considere las singularidad, el género y la clase, superando las lógicas dominantes: heteronorma, clasismo y patriarcado. “Des-esencializar, deconstruir, desarmar las generalidades que han hecho de nosotros *hijxs sanos del patriarcado*, para crear colectivamente espacios que alojen singularidades de manera comunitaria, solidaria y cuidadosa. Sospechar de lo *natural*, *universal* y *esencial* porque siempre detrás de esas excusas se esconde un sistema de poder que justifica la desigualdad y la violencia. Desarrollar una mirada, una escucha y un cuerpo colectivo que abrace, sostenga, dispute e invente espacios más habitables para todes” (Sedronar, 2020: Campus Virtual).

Capítulo IV

Propuesta disciplinar

En el siguiente apartado buscaremos brindar una propuesta pedagógica que intenta otorgar herramientas teórico-prácticas a los equipos profesionales de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Rosario, con el propósito de introducir la perspectiva de género en las intervenciones vinculadas a los consumos problemáticos de drogas.

A partir del análisis realizado a lo largo de este TIF podemos afirmar que existe una desigualdad de género a la hora de acceder a los tratamientos de consumos problemáticos en el primer nivel de atención a la salud, situación que además se replica en diversas instituciones que abordan y estudian la problemática, como que vimos hasta ahora. Desde nuestra experiencia en las Prácticas Profesionales que desarrollamos en instituciones de salud ancladas en diferentes territorios, pudimos identificar la falta de formación en perspectiva de género con la que cuentan los profesionales al momento de intervenir con mujeres usuarias de drogas, debido a la ausencia del Estado no sólo en la falta de políticas públicas en materia de género, sino también en la formación continua de sus profesionales. Entendemos que dicha falta (sumado a la falta de instituciones) puede producir dificultades y obturar el acceso por parte de las mujeres a un tratamiento específico en la problemática. No siendo muchas veces construida la demanda y atención desde el lugar de mujer con problemática de consumo sino priorizando otros roles tradicionalmente ligados a los mandatos de lo femenino. En ese punto creemos que poder realizar lecturas en clave de género habilitaría una nueva construcción de la demanda que pueda hacer lugar al padecimiento y la atención de este por sobre el estigma, la criminalización y/o culpabilización.

Por dichas razones hemos decidido presentar una propuesta de un taller de capacitación para pensar intervenciones con usuarias de drogas desde una perspectiva de género, situándonos en los escenarios de las instituciones de primer nivel de atención de la salud, siendo estas instituciones muy frecuentadas por la población femenina, pero clásicamente su atención se anuda al control, cuidado y atención de la salud del grupo familiar.

La formación y sensibilización constante de todas las personas que forman parte de los equipos de trabajo vinculados a los consumos problemáticos de sustancias es fundamental, ya que se trata de posibilitar un cambio en el marco de interpretación que ya tenemos para entender que existen condiciones estructurales que operan en todas las personas más allá de las

situaciones de consumo problemático. Esto implica tener en cuenta las diferentes realidades y necesidades de mujeres, varones y disidencias sexuales pudiendo así identificar las relaciones de poder, privilegios, estigmas, discriminaciones y violencias que quedan asociadas a los consumos.

Nos parece importante poder extendernos en las razones por las cuales creemos necesario al taller de capacitación, entendiéndolo como herramienta para generar instituciones que resulten menos expulsivas hacia las mujeres y que permitan otorgar otro tipo de respuestas a una problemática que entendemos es multicausal y en donde factor de género toma vital importancia. De esta forma consideramos que el conocimiento se constituye como un territorio de disputa de sentido, que durante mucho tiempo se erigió desde una visión androcentrista cuyo sujeto y objeto era el hombre blanco y occidental. El conocimiento como capital es creado y reproducido por las instituciones también de salud, que podemos decir fueron creadas, legitimadas y justificadas por hombres, negando racionalidad, universalidad y cancelando cualquier valor epistémico femenino: nuestra subjetividad, sensibilidad, singularidad. Frente a este desafío el feminismo se propone generar otro conocimiento que sea situado, que entrecruce las distintas opresiones y que permita revisar las categorías clásicas, desde la experiencia en territorio y aquí es donde cobra una importancia mayor el hecho de la capacitación en nuestros lugares de trabajo en cuestiones que están relacionadas directamente con nuestra intervención profesional. De allí la importancia que le damos a la cotidianidad como insumo para la comprensión de la propia práctica que nos permita reflexionar sobre la misma, priorizando a la experiencia como aporte central de la epistemología feminista. “La idea de conocimiento situado rompe con la noción de sujeto epistemológico abstracto. Para Donna Haraway (1995), situar el conocimiento implica reconocer los posicionamientos múltiples de quien conoce; en tanto cada quien se encuentra en una compleja trama de posiciones, identidades y puntos de vistas múltiples, inestables, incluso contradictorios y cargados de relaciones de poder. De este modo, los cuerpos visibilizan las diferencias en las relaciones de poder.” (Sosa, 2020: 97)

4.1 Marco teórico-jurídico

Es importante situar en este momento qué entendemos por *perspectiva de género* al momento de elaborar intervenciones. Introducir a la misma en el campo de los consumos de sustancias y específicamente en el ámbito de la salud, implica una doble cuestión: hacer valer los derechos de todas las personas y hacer efectivas nuestras prácticas para lograr que los acompañamientos no sean expulsivos. Es tarea de todas y de todos repensar nuestras miradas

y las formas en las que intervenimos para poner en tensión la naturalización de las situaciones de consumo, pudiendo relacionar éstas con los estereotipos, roles y mandatos de género. Sabemos que en las prácticas cotidianas se ponen en juego las singularidades de cada situación y de cada territorio que escapan a cualquier tipo de estandarización o protocolización.

Es necesario, en este sentido, situar las leyes que en nuestro país nos rigen. En primer lugar, en el año 2009, se sanciona la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. De disposición de orden público y aplicación en todo el territorio nacional, la presente tiene por objeto promover y garantizar (Art 2º) “la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida”, “las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos”; “el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres”, y “la remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres”, entre otros puntos esenciales. La ley se encuadra con los posicionamientos de declaraciones internacionales como la CEDAW y la Convención por los Derechos de los Niños. Por lo tanto, es claro el énfasis que, al menos desde un punto de vista jurídico, que en nuestro país está presente la problemática de lo que a grandes rasgos englobamos como género.

En su artículo 4 “por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.”

Otra reglamentación importante que nos parece necesaria situar es la Ley N° 27.499, mejor conocida como Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres Poderes del Estado fue promulgada en el mes de enero de 2019, establece como bien el título manifiesta, la obligatoriedad de que trabajadores y funcionarios de los tres poderes del Estado, en todos sus niveles y jerarquías se capaciten en la temática de género, violencia contra las mujeres y diversidad sexual, y el universo comprendido allí. La ley es de carácter nacional, la Provincia de Santa Fe adhirió a la misma en el mes de septiembre de 2019, bajo Ley Provincial N° 13891. Actualmente, el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad de

la Nación es el órgano designado como autoridad de aplicación de la misma y como el organismo encargado de brindar capacitaciones a las máximas autoridades; a su vez, fomenta a las distintas oficinas públicas y organizaciones a elaborar sus propias capacitaciones en función de sus actores competentes, y tiempos institucionales.

Teniendo en cuenta esto, vamos a plantear algunas propuestas y recomendaciones que nos pueden servir como orientación para comenzar a incorporar la perspectiva de género en nuestras intervenciones de manera concreta y en función de la especificidad de nuestros espacios de trabajo.

4.2 Objetivos

- Acompañar y capacitar a aquellas personas que trabajan en los Centros de Salud en la Ciudad de Rosario en la temática de género y consumos de drogas a partir de la implementación de la Ley Micaela.
- Brindar herramientas teórico-prácticas que acompañen los procesos de intervención con usuarias de drogas.
- Otorgar el material trabajado en el taller y con un listado de las instituciones de tratamiento que trabajen con mujeres y disidencias sexuales en la Ciudad.

4.3 Modalidad y duración del dictado

Modalidad: Taller como dispositivo itinerante. El eje estará puesto en la reflexión colectiva de las prácticas de intervención, que no puede estar ajena a la creación de vínculos basados en las diferencias, en las tensiones y los conflictos que se susciten; vínculos también integrados por la circulación de la palabra, la escucha y la tolerancia. En esta instancia de construcción colectiva y conjunta buscamos promover el ejercicio de la reflexión, la síntesis y la articulación entre saberes, tendiendo a la integración de conocimientos, saberes populares y aquellos provenientes de la práctica laboral.

Duración: 2 encuentros (uno por semana) de una duración aproximada de 2 horas. En cada uno se desarrollará un módulo.

4.4 Actores y escenario

Actores:

- Todo el personal del efector de salud, independientemente de la tarea que ejerzan.
- Talleristas a cargo: Trabajadores Sociales que estén capacitados en el área.

Escenario: SUM o Sala de Espera del Centro de Salud. Deberá ser un espacio físico que habilite el trabajo en grupo.

4.5 Módulos

Cada encuentro contará con un módulo a desarrollar, entre los cuales existirá un hilo de continuación.

- Módulo I

Conceptos base. Sexo y género. Estereotipos de género. Socialización de Género. División sexual del trabajo. Desigualdades en el acceso laboral. Identidades de género, orientaciones sexuales y expresiones de género. Jerarquías y relaciones de poder. Introducción al concepto de patriarcado. Masculinidad hegemónica y construcción de nuevas masculinidades. Binarismo, cisexismo y heteronormatividad. Perspectiva de género. Marco Normativo Vigente (Nacional e Internacional). Violencia por motivos de género. Violencia contra las mujeres. Tipos y modalidades. Violencias producto de la desigualdad. Violencias desde una mirada interseccional: intersección de género con otras categorías como clase, etnia, etc.

- Módulo II

Consumos de drogas en la sociedad capitalista. Género y salud. Género y drogas. Androcentrismo en los tratamientos de drogodependencias. Mandatos y roles de género. Singularidades de los consumos en función del género. Drogas y salud sexual y (no) reproductiva. Consumos en relación a la maternidad. El cuidado como tarea de (re)producción. Consumos problemáticos en contexto desigualdades y vulnerabilidad social. Accesibilidad al sistema de salud. Tratamientos diferenciados.

Actividad de reflexión de cierre: se llevará a cabo a través del trabajo con dos radioteatros que relatarán dos situaciones de usuarias de drogas y su relación con el sistema de salud. Lxs trabajadorxs del Centro de Salud deberán identificar intervenciones que estén o no transversalizadas por la perspectiva de género, desarrollando una devolución grupal de la misma.

Reflexiones (no) finales

En la sociedad capitalista y patriarcal en la que vivimos los consumos de drogas en mujeres se encuentran estigmatizados, invisibilizados y ocultados, lo que trae aparejado una dificultad en el acceso a los tratamientos de los mismos. Dicho estigma, invisibilización y ocultamiento son multicausales, entendiendo que confluyen una serie de elementos a considerar a la hora de analizar cómo y de qué forma se presentan los consumos problemáticos en mujeres. Como relatamos a lo largo del trabajo, esta multicausalidad se produce a partir de la naturalización de los roles que las mujeres tienen asignados hacia el interior de las familias y comunidad; los estereotipos de género desde los cuales la sociedad misma asume que las mujeres no consumen drogas, y si lo hacen se las estigmatiza y penaliza; y los mandatos de género que se asocian a lo que se estipula que las mujeres “son” y “hacen” (buena madre/hija/esposa). La respuesta estatal, institucional y social se dirige hacia ese sentido: el estigma como única respuesta posible reproduciendo la invisibilización y ocultamiento de las mujeres en esta temática.

Estas características creemos que son reforzadas por la pertenencia a una determinada clase social, lo cual implica otro modo de desigualdad social, política y económica lo que nos permite entender que no es lo mismo ser pobre y usuaria de drogas, que ser consumidora de clase media o alta. Estos condicionantes limitan el acceso a, en primer lugar, el sistema de salud público, y en segundo a los tratamientos de adicciones, lo cual entendemos que es una responsabilidad exclusivamente del Estado transversalizar la perspectiva de género en las políticas de drogas. Es importante aclarar, aunque ya lo hemos hecho en el desarrollo del trabajo, que una de las falencias mayores del Estado tiene que ver con responsabilizar a los mismos trabajadores del territorio de la falta de política pública (no sólo en materia de género), develando así las propias contradicciones del Estado capitalista y patriarcal.

A partir de lo analizado podemos decir que es necesario en las intervenciones del Trabajo Social en materia de consumos problemáticos una lectura desde el enfoque interseccional. “Aunque la perspectiva de género nos permite analizar la situación estructural de desventaja de las mujeres en nuestra sociedad por razón del género, debemos tener en cuenta que todas las personas estamos a su vez atravesadas por otras variables y mecanismos de estratificación social que ponen en marcha diversos sistemas de jerarquía y exclusión, y que también crean subjetividad: edad, clase socioeconómica, color de la piel-etnia, orientación sexual, etc” (Salud y Comunidad, 2015: 5). De esta manera asumirnos desde la idea feminista y la noción de

interseccionalidad nos abre la posibilidad de crítica a las representaciones occidentales del “otro” y nos permite una visibilización de la multiplicidad de vivencias de las mujeres.

Este es otro de los aspectos a considerar, que se suma a la complejidad de los procesos de intervención profesional: la heterogeneidad de la vida cotidiana²⁴ de los sujetos con los cuales el Trabajo Social interviene, en donde se presentan necesidades diversas vivenciadas de manera diferenciada. Dentro del campo de la Salud Mental, podemos ver cómo el Trabajo Social se incorpora como una profesión fundamental a la hora de observar cómo los complejos entramados sociales se expresan en las condiciones de vida de los sujetos atravesados por padecimientos mentales. Al interior de los equipos interdisciplinarios en APS la profesión aporta una mirada amplia del contexto social en el que las mujeres están insertas junto a sus capacidades personales, familiares y comunitarias que posibilitarían o no el acceso a un tratamiento y el sostenimiento del mismo. Sumado al aporte holístico que podemos pensar del ejercicio de la profesión, más allá de detectar si existen o no las condiciones para el acceso, también se presenta como una incumbencia propia de la profesión facilitar la creación de escenarios que habiliten la posibilidad de acceder a un tratamiento.

Siguiendo a Martín y Otros (2019) “En general asistimos mujeres con problemáticas de salud mental de alta complejidad, provenientes de sectores populares con serias dificultades económicas y habitacionales, que pertenecen a familias atravesadas por múltiples problemáticas y en muchos casos sin referentes afectivos o con redes vinculares fracturadas dada la dificultad de las familias para comprender, aceptar y adaptarse a las dificultades inherentes a los padecimientos mentales” (Ibidem: 12). En este sentido, el Trabajo Social, nos brinda la posibilidad de pensar desde la experiencia la revisión de los sistemas de atención en salud y a contribuir con el diseño e implementación de políticas sociales integrales o incluso reformas legislativas, acordes a las demandas de las mujeres, que colabore en la búsqueda de estrategias colectivas a la cuestión del cuidado o en la creación de instituciones-programas-proyectos que incorporen como eje fundamental la necesidad de estas mujeres a acceder a sus tratamientos, independientemente de su función maternal.

El corrimiento del Estado en materia de cuidados, no sólo influye en las dinámicas familiares, y en el acceso o no de las mujeres cuidadoras a la atención de su salud, sino que

²⁴ La vida cotidiana es el ámbito en el cual los sujetos particulares se desarrollan día a día y constituye la vida en sociedad. Esta categoría no hace referencia únicamente a las acciones que los sujetos repiten cada día, sino a “la forma en que cada hombre organiza su entorno, vive y concretiza lo social (los acontecimientos políticos, económicos, sociales en general) de una manera particular” (Grassi, 1989:22).

delimita el ejercicio profesional, debido a que obliga “a los profesionales de la salud en general y a los Trabajadores Sociales en particular, a casi improvisar estrategias asistenciales para garantizar el bienestar de estas mujeres y sus familias” (Ibídem: 17).

Siguiendo esta línea, lo que se suma en este sentido tiene que ver con la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención desde las diferentes disciplinas y con los entramados de poder que en la interdisciplina se generan, que constituyen al fin y al cabo la perspectiva ético-política de la intervención. En cuanto a lo que se refiere al Trabajo Social: “En nuestra práctica cotidiana nos sumamos a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva crítica y transformadora; entendemos que la enfermedad y la atención de esta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez, 2005: 9); por ende, no es posible simplificar la atención en salud mental al manejo médico y psicológico del cuadro, se hace necesario abordar los complejos entramados relacionados a la enfermedad y el contexto del individuo (su realidad económica, previsional, social, cultural y familiar)” (Martin y otros, 2019: 16).

Es por eso que el trabajo en salud mental se caracteriza por la coexistencia de momentos disciplinarios, multidisciplinarios e interdisciplinarios, a través de los cuales se conforman estrategias de poder tensionando cotidianamente el *saber* y el *hacer* que median las relaciones de los equipos en un interjuego de resistencia y reciprocidad. En dicho juego se inserta el Trabajo Social, atravesado por no sólo las autopercepciones, sino también por las concepciones que lxs demás profesionales tienen de la disciplina a la hora de demandar intervención. Es por eso que consideramos importante la posibilidad de la pregunta y el ejercicio de instalar interrogantes en el trabajo interdisciplinario, para ahondar en el porqué, el para qué y el cómo, como práctica ineludible al momento del inicio de todo proceso de intervención social. Tal como nos propone Bourdieu en el Oficio del Sociólogo (2004) resulta de vital importancia la *vigilancia epistemológica*, para poder reflexionar nuestras prácticas interventivas, los preconceptos y el sentido común con el propósito de desnaturalizar aquellos procesos poniendo en relieve las estrategias de dominación y subordinación. *No hay intervención posible* sin el oficio de la duda.

Para finalizar nos parece importante repensar este Trabajo Final Integrador desde los aportes de los feminismos, que si bien estructuraron gran parte del mismo, entendemos que es imprescindible hacerlo desde y para el Trabajo Social. Si nos proponemos aportar a la

conformación de un Trabajo Social crítico, transformador y emancipador, no podemos hacerlo escindido de las teorías feministas, que son ante todo una crítica a la sociedad cuyo objetivo es deconstruir los pensamientos androcéntricos y patriarcales que son hegemónicos en las corrientes de pensamiento, incluso en nuestra profesión.

“Entendemos que analizar los acontecimientos políticos- sociales, desde una teoría y práctica feminista, contribuye a de-construir saberes y vivencias consolidados en lógicas patriarcales y androcéntricas e instaladas como esquemas de pensamiento unívoco e inscriptos en la objetividad” (Zunino y Guzzetti; 2018: 50). En este marco, resulta un camino indispensable para pensar las intervenciones sociales, desde una perspectiva feminista, la problematización y la desnaturalización de los estereotipos y roles destinados al binomio varón/mujer. De modo tal que es necesario el reconocimiento de las investigaciones específicas sobre la problemática de los consumos en mujeres, debido a que existen pocos estudios desde nuestra profesión, y que en contextos de mayor incertidumbre y desigualdad social se vuelve imprescindible para contribuir a la sociedad desde nuestro ámbito profesional. Apelamos, en este sentido, a la teoría feminista como herramienta posibilitadora, como cosmovisión del mundo, que de lugar en la ciencia a pensamientos inómodos, a lograr imponer aquello que rompa con lo establecido, y a encontrarle lugar a la desobediencia. Como dice Sosa (2020) “al poner sobre el tapete malestares, desigualdades y asimetrías de poder, el feminismo abrió nuevos desafíos e interrogantes y develó un camino para la configuración de una teoría capaz de alumbrar situaciones de injusticia en la sociedad que sin esa lente no sería posible visibilizar ni conferir objetividad (..) El Trabajo Social no puede dissociarse del sentido que éstos tienen para los procesos y movimientos sociales, políticos y culturales que dinamizan las sociedades del presente, y sus incesantes búsquedas de emancipación frente a las múltiples aristas de la injusticia” (Ibídem: 85)

El Trabajo Social tiene la posibilidad de reorientar su práctica profesional poniendo en valor acciones que permitan llevar a cabo procesos de transformación desde la vida cotidiana de las mujeres con las que interviene, y es en ese sentido que encontramos a esta cotidianidad como espacio privilegiado en la intervención, no sólo por la cercanía física, sino y sobre todo porque es en ella donde se imprimen los aspectos más significativos de *lo social*. Pensar la inscripción de los feminismos en esta lectura lo que implica es la imposibilidad de escindirla de lecturas interseccionales como herramienta integral. Cualquier análisis sobre lo social que ignore los diagnósticos políticos, sociales y culturales desde el territorio y desde los usuarios

serían insuficientes. Si estamos convencidos de que el Trabajo Social tiene la posibilidad (y debe) transformar las realidades sociales, no puede hacerlo sin los feminismos.

BIBLIOGRAFÍA

- ♦ Aguilar, L. (2011) La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. En Pesquisa Teórica N°14, Florianopolis, Brasil
- ♦ Algranti, J y Mosqueira, M. (2018). Sociogénesis de los dispositivos evangélicos de “rehabilitación” de usuarios de drogas en Argentina. En Revista Salud Colectiva N° 14. Buenos Aires, Argentina.
- ♦ Almeida Filho N. y Silva Paim J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamérica. Cuadernos Médicos Sociales 75. Asociación Médica de Rosario, Santa Fe.
- ♦ Arias, A. (2013). Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios. Revista Margen N° 71. Argentina.
- ♦ Arias, A (2019). La accesibilidad en los tiempos actuales. Apuntes para pensar el vínculo entre los sujetos y las instituciones. Revista Margen N° 92. Argentina.
- ♦ Ase, I y Buriyovich, J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Revista Salud Colectiva N° 5. Buenos Aires, Argentina.
- ♦ Avellaneda, L., Martín, E., y Meneses, A. (2019). Salud mental y/o mujeres gestantes con hijos/as. Reflexiones sobre la intervención del Trabajo Social. En Revista Debate Público UBA N° 17. Buenos Aires, Argentina.
- ♦ Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Revista Psicoperspectivas vol.13 n° 2 Valparaíso, Chile.
- ♦ Basaglia, F. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- ♦ Bourdieu P. y Wacquant L. (2005). Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires Argentina: Editorial Siglo Veintiuno.
- ♦ Butler, J (2002). Críticamente Subversiva. En Merinda Jimenez, R (2002) Sexualidades transgresoras : una antología de estudios queer, España: REBEDIUN
- ♦ Butler, J (2010). Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo» Paidós, Buenos Aires, Argentina.

♦ Butler, J. (2016). El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad, Paidós, Buenos Aires, Argentina.

♦ Camarotti A. y Kornblit A. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Buenos Aires, Argentina: Revista Salud Colectiva N° 11.

♦ Castel, R. (2015). La Inseguridad Social ¿Qué es estar protegido?. Buenos Aires, Argentina. Editorial Manantial.

♦ Carballada A. (2006). La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto. Revista Margen Edición N° 42. Argentina.

♦ Carballada, A. (2014). Intervención, Escenarios Sociales y Acontecimiento. Ediciones Margen. Argentina.

♦ Carballada, A. (2015). El territorio como relato. Una aproximación conceptual. Revista Margen N° 76. Argentina.

♦ Carballada, J. A. (2017) La irrupción del sujeto inesperado en las instituciones. En Revista Plan Fénix N° 62. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Visto el 24/11/20 en https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/fenix%2062%20baja.pdf

♦ Coordinación de Prevención en Ámbitos Educativos de la Dirección Nacional de Prevención de las Adicciones de la SEDRONAR. (2018). Orientaciones para el Abordaje: de los lineamientos curriculares para la prevención de las adicciones. Sedronar, Presidencia de la Nación.

♦ Cubillo, J (2015). La Importancia de la Interseccionalidad para la Investigación Feminista. Revista Oxímora Internacional de Ética y Política Num° 7. Madrid, España. Visto el 31/10/20 en <https://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/14502/17834>

♦ Darraidou, V., García Acevedo, M., y Tufró, M. (2019). Guerra contra el narcotráfico, guerra contra los pobres. En Derechos Humanos en Argentina, Informe 2019. CELS. Editorial Siglo XXI

♦ Declaración de Caracas. (1990). Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OPS/OMS. (24-06-2020) Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

♦ Declaración de Alma Ata. (1978) “Conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud”. (24-06-2020) Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

♦ Decreto N°623 (1996). Prevención de Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Buenos Aires, Argentina. Visto el 22/09/2020 en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37570/norma.htm>

♦ Decreto N°1341 (2002). Apruébase la estructura organizativa de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico. Buenos Aires, Argentina. Visto el 22/09/2020 en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/76301/norma.htm>

♦ Drogas y perspectiva de género: Documento marco / Sánchez Pardo - Bermejo González - Cid González - Fernández Lamparte - Morán Iglesias - Platas Ferreiro.

♦ Epele, M. (2010). Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Editorial Paidós, Buenos Aires.

♦ Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. En Revista Salud Colectiva N° 2. Buenos Aires, Argentina.

♦ Faur, E y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado. En “La Argentina del Siglo XXI” Piovani J.I y Salvia A. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires. Visto el 20/11/2020 en <https://apdh.org.ar/sites/default/files/2020-09/16.%20Faur%20Pereyra%20Gram%C3%A1ticas%20del%20cuidado.pdf>

♦ Faur, E y Jelin, E. (2013). Cuidado, Género y Bienestar. Una perspectiva de la desigualdad social. Revista Plan Fenix N°4 UBA, Buenos Aires. Visto el 20/11/20 en https://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/numero_pdf/N.23.baja.pdf

♦ Ferrandini, D. (2017). Trabajar en Atención Primaria de la Salud. Boletín Capacitasalud Febrero. Rosario, Santa Fe.

♦ Ferrara. F. (2009). “Relectura de la formación docente en Salud”. Visto el 19/08/2020 en <http://fordocsalud.blogspot.com/2009/08/conceptualizacion-del-campo-de-la-salud.html>

♦ Gastao Wagner de Sousa Campos. (2009). Gestión en Salud en defensa de la vida. Buenos Aires, Argentina. Editorial Lugar.

♦ Gómez, Raúl Angel (2013). La legislación penal Argentina sobre drogas. Una aproximación histórica. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

♦ Grassi. E. (1995). La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social. Revista Margen Edición N°9. Argentina.

- ♦ Gobierno de la Provincia de Santa Fe. Salud: niveles de atención. Visto el 20/08/2020 en <https://www.santafe.gob.ar/santafeessalud/public/index.php/eje/4>
- ♦ Innamorato, M; Acquaviva, M. y Canavessi, J. (2015). Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas. Infojus. Buenos Aires, Argentina. de: www.saij.gob.ar. ID: LD00165.
- ♦ Innamorato, M. Acquaviva, M. (2016). Una mirada retrospectiva sobre la problemática de las drogas y el encarcelamiento. Analisis de estadísticas carcelarias en Argentina.
- ♦ Iriart y otros. (2002). Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. En Revista Panamericana de Salud Pública. Edición N° 12. Organización Mundial De la Salud.
- ♦ Isuani E. y Mercer H. (1988). La fragmentación institucional en el sector salud en la Argentina ¿pluralismo o racionalidad? Centro editor de América Latina.
- ♦ Jimenez, M.L - Guzman R. (2012) Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. Oñati Socio-legal Series Vol. 2 N° 6. Sevilla, España. Visto el 31/10/20 en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2111917
- ♦ Lamas, M. (1996) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. PUEG, México. Visto el 25/10/20 en <https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/El%20genero.%20La%20construccion%20cultural%20de%20la%20diferencia%20sexual.pdf>
- ♦ Lara Pulido G. y Colín G. (2007). Reseña de "Sociedad de consumo y cultura consumista" de Zygmunt Bauman. Argumentos, vol. 20, pp. 211-216 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Distrito Federal, México.
- ♦ Ley Provincial N° 10772. Ley Provincial de Salud Mental. Santa Fe, Argentina, 1991. Sitio web:<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- ♦ Ley Nacional N° 26.657/2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental – Decreto Re-
glamentario 603/2013. Sitio web: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- ♦ Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva?. Revista Médica N° 79. Rosario, Santa Fe, Argentina.
- ♦ Lorenzo, R. (2019). Una aproximación a los diferentes paradigmas de intervención sobre consumo problemático. Tesina de Grado, Licenciatura en Trabajo Social, UNR.

♦ Maffía, D. (2011). El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas.

♦ Mansilla, J. C. (2017). Nacimiento y crisis del prohibicionismo. En E. ARRIETA, Un libro sobre drogas . Buenos Aires: El gato y la caja. Visto el día 18/09/20 en <https://elgatoylacaja.com/nacimiento-y-crisis-del-prohibicionismo/>

♦ Martin, E., Avellaneda, L., y Gómez, A. (2019). Salud Mental y Mujeres gestantes y/o con hijos/as. Reflexiones sobre la intervención del Trabajo Social. En Revista Debate Pública. Reflexión del Trabajo Social, N° 17. Buenos Aires.

♦ Martínez Redondo, P. (2008). Perspectiva de Género, Aplicada a las Drogodependencias. Ed. ASECEDI, España.

♦ Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.

♦ Menendez E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. Revista Salud Colectiva. La Plata, Buenos Aires, Argentina.

♦ Morin E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. España. Editorial Gedisa.

♦ Municipalidad de Rosario. La estación: abordaje integral ante consumos problemáticos. Visto en: <https://www.rosario.gob.ar/web/servicios/salud/prevencion-y-promocion/consumos/la-estacion-abordaje-integral-ante-consumos> el 28/09/2020

♦ Observatorio Argentino de Drogas (2018). Perfil de los usuarios de dispositivos asistenciales de Sedronar: CEDECOR, DIAT, y Linea 141. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. Visto el 25/10/20 en <http://observatorio.gob.ar/media/k2/attachments/perfilZdeZusuariosZ2018Zfinal.pdf>

♦ Organización Mundial de la Salud. 2. Constitución y Estatutos. I. Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. – 48.a ed. Con las modificaciones adoptadas al 31 de Diciembre 2014. Pag 01. Visto en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7> el 09/06/2020

♦ Organización Panamericana de la Salud. (2008). La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington, Estados Unidos.

♦ Orozco, A. (2014). Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida. Editorial Traficante de Sueños. Madrid, España.

♦ Principios de Brasilia. (2005) Principios Rectores Para el Desarrollo de La Atención en Salud Mental en las Américas. (24-06-2020) Disponible en

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf

♦ Provincia de Santa Fe. Ministerio de Desarrollo Social APRECOD. Visto en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/236206> el día 3/11/2020.

♦ Ramos Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Revista Salud Mental*, 275-281

♦ Resolución N° 150-E/2017. Secretaría de Políticas Integrales Sobre Drogas de la Nación Argentina. Visto el 28/09/2020 en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=274092>

♦ Rodriguez Enriquez, C. (2015). Economía Feminista y Economía de Cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. En *Revista Nueva Sociedad* N°256. Buenos Aires, Argentina.

♦ Rojas, M.C y Sternbach, S. (1996). “Entre dos siglos: una lectura psicoanalítica de la posmodernidad”. Buenos Aires, Editorial Lugar.

♦ Salud y comunidad. (2015). Manual buenas prácticas en drogas y género. Cuestiones básicas a incorporar en el ámbito de la atención del uso y abuso de drogas desde perspectiva de género. España

♦ Scot, J. (1996) El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. Visto el 25/10/20 en <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/646/1/261-Scott,%20Joan%20W.pdf>

♦ Sedronar (2014) “Manual Casas Educativas Terapéuticas (CET)”. Presidencia de la Nación Argentina

♦ Sedronar (2019). “Modelo de Abordaje Integral Territorial de los Consumos Problematicos. Una experiencia de Política Pública”. Presidencia de la Nacion Argentina.

♦ Sedronar. (2019). “Abordaje integral de los consumos problemáticos”. Manual de la Presidencia de la Nación Argentina.

♦ Sedronar. (2019). Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. Reporte Estadístico Enero - Junio 2019. Manual Presidencia de la Nación Argentina.

♦ Sosa, R. (2020). El Trabajo Social interrogado por las epistemologías feministas. Cronotopías culturales y movimientos en torno al saber y al poder en la Teoría Social y en Trabajo Social Contemporáneo. *Revista Cátedra Paralela* N° 15. Rosario, Santa Fe.

- ♦ Sousa Santos, B. (2009). Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- ♦ Stolkiner A. y Solitario R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. Atención Primaria en Salud: Enfoques Interdisciplinarios, comp. Daniel Maceira, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- ♦ Touzé, G. (2010) Argentina: ¿la reforma que viene? Transnational Institute 2010. Buenos Aires, Argentina.
- ♦ Touzé, G. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo. Ediciones Troquel. Buenos Aires, Argentina.
- ♦ Vasquez, J. LA DECLARACIÓN DE CARACAS: UN INSTRUMENTO ESENCIAL PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES MENTALES. Consultado el 24-06-2020 en <http://fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf>
- ♦ Vidal Pollarolo, P. (2002). La identidad estigmatizada. Revista Polis N° 3. Universidad de los Lagos. Chile.
- ♦ Zénere, C. (2017). Interviniendo en un extremo del ovillo: Trabajo Social en el campo del consumo problemático. ConCiencia Social. Revista Digital de Trabajo Social. Vol. 1. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina
- ♦ Zunino, E., y Guzzetti, L. (2018). La intervención social en clave feminista. Aporte de las teorías feministas para la intervención en lo social. Revista Debate Público: reflexión de Trabajo Social. N° 15 y 16. Buenos Aires.

